附件2

文山州面向2023届医学专业高校毕业生

公开招聘大学生乡村医生报名登记表

报考岗位名称及代码: 人员类别：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 近期免冠一寸照片 |
| 出 生年 月 |  | 籍 贯 |  | 学 历 |  |
| 政 治面 貌 |  | 入党（团）时间 |  | 健康状况 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学历证书编 号 |  | 学位 |  |
| 是否取得执业（助理）医师资格证 |  | 医师资格证书编号 |  |
| 身 份 证号 码 |  | 户 籍所在地 |  |
| 手机号码 |  | 婚姻状况 |  |
| 邮箱地址 |  |
| 个人简历 |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 其他需要说明的问题 |  |
| 为维护公开招聘工作的严肃性，我郑重承诺：1. 严格遵守公开招聘的相关规定和纪律要求； 2.如实填写报名登记表，保证所填写信息真实准确完整；3.保证符合公告及岗位表要求的资格条件；4.在报名时提供符合报名条件的证明真实可靠，同时保证在聘用前始终符合报名资格条件。

以上承诺如有违反，本人自动放弃考试资格。 本人签名： 年 月 日 |
| 备注：人员类别须注明2023届毕业生、择业期应届毕业生。 |
| 资格审查意见 |
|  （ 盖章） 年 月 日 |