附件2

盐边县2024年直接考核招聘大学生乡村医生专业

技术人员报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 健康状况 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  |
| 所学专业 |  | 学位 |  |
| 身份证号码 |  | 应聘岗位 |  |
| 本人详细住址及邮编 |  |
| 拟注册村卫生室所在县（乡）和名称 |  |
| 简历︹含学习简历︺ |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务或职称 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 持有证书情况 |  |
| 资格审核结果及意见 |  |

本人应确保所填内容的真实性，若确认无误，请签字确认：

注：本表请双面复印