|  |
| --- |
| 附件2：**方正县卫生和计划生育局公开招聘乡村医生报名登记表** |
| 姓 名 |  | 身份证号 | 　 | 照片 |
| 出生日期 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 户口所在地 | 　 | 学历 | 　 | 学位 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 所学专业 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 专业技术职称 | 　 | 具有其他职业资格 | 　 |
| 现工作单位 | 　 | 本人联系方式 | 　 |
| 报考单位及岗位 | 　 |
| 工作经历 | 　 |
| 诚信承诺 |  本人保证以上填写的内容真实有效。 | 资格审查意见 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 考生本人签名： |  审查人：  |
| 　 | 年 月 日 | 　 | 年 月 日 |  |
| 备注 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |