|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |