附件2

泗阳县公开招聘乡村医生报名表

报考岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 参加工作  时 间 |  |
| 执业资格 |  | 职称及  等 级 |  | 身份证号 |  |
| 所学专业 |  | 学 历 |  | 毕业学校 |  | |
| 家庭住址 |  | | | 联系方式 |  | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | |
| 本人承诺 | 本人已认真阅读《招聘简章》，确认自己符合拟报考岗位所需的资格条件，所提供的材料真实、有效，如经审查不符，承诺自动放弃考试和聘用资格。  本人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 审核意见 | 审核人： 年 月 日 | | | | | |