附件2

**岚县2023年公开招聘乡村医生报名表**

报考岗位 **：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | 户籍地 |  |
| 政 治  面 貌 |  | 身份 证号 |  | | 健康  状况 |  |
| 毕业院校  及专业 | |  | | | 学 历 |  | |
| 毕业时间 | |  | | | 联系电话 |  | |
| 是否已就业 | |  | | | 现工作单位名称 |  | |
| **学**  **习**  **工**  **作**  **简**  **历** |  | | | | | | |
| **本**  **人**  **承**  **诺** | 本人承诺：本人上述填写内容和提供的相关材料真实有效，如有不实，本人自愿放弃招聘资格并承担相应责任。    签名： 年 月 日 | | | | | | |

**备注：本表一式三份。**