附件2：

****通城县2020年公开招聘乡村医生报名表****

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 籍  贯 |  | 照片 |
| 民  族 |  | 出生年月 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  |
| 现住地址 |  |
| 联系电话 |  | 应聘岗位 |  |
| 毕业院校、时间及专业 |  | 最高学历学位 |  |
| 执业资格 |  | 资格证号 |  |
|   个人简历 |  |
| 诚信声明 | 兹保证以上所填信息属实，如有不实，愿承担相应责任。                                   本人签名：               年   月   日 |
| 资格初审 | 初审人：                  年   月   日 | 资格复核 | 复核人：                       年   月   日 |