附件2

2022宿迁市湖滨新区公开招聘乡村医生报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号：** | | | | | | | | | |
| **姓 名** |  | | **性 别** |  | **出生年月** |  | | **照片** | |
| **政治面貌** |  | | **参加工作时间** |  | **职 称** |  | |
| **学历学位** |  | | **毕业院校及专业** | |  | | |
| **身份证号码** |  | | | | | | | | |
| **联系电话** |  | | | | | | **婚 否** | |  |
| **现工作单位及职务** | | |  | | | | | | |
| **教育经历**  **（从初中写起）** | | |  | | | | | | |
|
|
|
| **工作经历** |  | | | | | | | | |
|
| **奖惩情况** |  | | | | | | | | |
|
| **报名人 承诺** | **本人已认真阅读《招聘简章》，确认自己符合报考岗位所需的资格，所填写的信息及提供的有关证件及材料准确、真实、有效，如有虚假或被检举经查实不符合报考条件的，则取消本人应试或应聘资格，愿意承担相应责任。     报名人员签名：     年 月 日** | | | | | | | | |
| **审核信息（审核人填写）** | | | | | | | | | |
| **审查意见** | | **初审人（签名）： 年 月 日  复核人（签名）： 年 月 日** | | | | | | | |
|
| **备注** | |  | | | | | | | |
| 说明：本表用A4纸双面打印，本表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。 | | | | | | | | | |