附件：

**康保县2023年乡村医生招录人员**

**报 名 表**

    市    县   年   月   日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 民族 |   | 出生年月 |   | 照片**（1寸免冠照片）** |
| 政治面貌 |   | 专业技术职务或执业资格 |   | 考生身份 |   |
| 毕业学校 |   | 所  学专  业 |   |
| 身份证号 |   | 联系电话 |   |
| 个人简历（包括学习经和社会工作经历） |   |
| 家庭成员情    况 | 姓名 | 关系 | 所在单位 | 职务 |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| 个人承诺 |  1．本人已认真阅读定向招录公告，填写的各项信息真实准确；2．符合定向招录及岗位所要求的招录条件；3．对因自身原因所造成的一切后果，本人自负。承诺人签名                   年  月  日 |

注： 1.考生身份是指 "学生、在职、农民、工人、复转军人、个体、待业、其它。

   2.请认真审查校对所填写的相关信息，否则后果自负。