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。