2024年鹿邑县公开招聘乡村医生报名登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | 粘 贴近期照片 |
| 学 历 |  | 民族 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 户 籍 所在地 |  | 通讯地址 |  |
| 毕业院校及时间 |  |
| 具备资格证书及取得时间 |  |
| 报考单位 |  |
| 特长 |  | 固定或移动电话号码 |  |
| 个人简历 |  |
| 诚 信 承 诺 | 我已认真阅读本次公告，理解其内容，认为自己符合报考职位资格条件。报名时所填写的信息真实，所提供的证书、证件、证明等报名材料真实有效，保证通讯畅通。以上承诺如有违反， 一切后果由本人承担。本人签名： 年 月 日 |
| 身份证审查意见：审查人签字：年 月 日 | 学历审查意见：审查人签字：年 月 日 | 资格证书审查审查人签字：年 月 日 |
| 资格确认 意 见 | 审查人签字：年 月 日 |

注：1.本表格一式二份，由报考者本人用黑色笔如实填写或打印，字迹要清晰、工整

2.个人简历自初中填起。