附件2：

2024年阳新大学生乡村医生专项招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期一寸免冠彩色照片 |
| 身份证号 码 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历学 位 |  | 家庭住址 |  |
| 取得执业（助理）医师、乡村全科执业助理医师资格证时间 |  | 毕业院校 |  |
| 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  |
| 报考岗位名称 |  | 联系电话 |  |
|  |
| 学习简历 |  |
| 审查意见 | **审核人签字：** **年 月 日** |
| 备 注 | **承诺书** **本人保证提交的信息资料及相关材料真实、有效,** **如有弄虚作假的行为，一律按有关文件要求，取消本人聘用资格，并承担因此造成的一切责任，接受相应处罚。** **承诺人：** **年 月 日** |