附件2

山海天旅游度假区乡村医生招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 | |  | 出生年月 | |  | 近期同底一寸免冠照片 |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | | |
| 政治面貌 |  | | 户籍所在地 | | |  | | | 健康状况 | |  |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | | |
| 毕业院校及时间 |  | | | | | | 所学专业 | | |  | | |
| 现有资格： 乡村医生执业证书□、乡村医生全科助理医师□、未取得资格仅有专科及以上学历□、  执业（助理）医师□、 执业护士□ | | | | | | | | | | | | |
| 资格证书号码： | | | | | | | | | | | | |
| 现家庭地址 |  | | | | | | 联系号码两个（两个） | | |  | | |
|  | | |
| 报考岗位 | 街道： 岗位： 是否服从调剂： | | | | | | | | | | | |
| 本人学习及工作简历 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | | | 年龄 | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | | |
| 承诺：本人符合报名条件要求，在报名表中填报的信息真实、准确。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。如有弄虚作假或填写错误，由本人承担一切后果，并自愿接受有关部门的处理。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查人员（签字）： 复核人签字： | | | | | | | | | | | | |

注：1.本表可打印，本人签名必须手写。

2.本表一式两份，报名完成后，由区社发局、区党群工作部备案。