附件1：

寿光市卫计局公开招聘乡村医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 民 族 |  | 出生  年月 |  | | 照 片 |
| 政 治  面 貌 |  | | 婚 姻  状 况 | |  | | 身 份  证 号 |  | | | |
| 毕 业  院 校 |  | | | | | | | 学 历 |  | | |
| 所 学  专 业 |  | | | | | | 毕 业  时 间 |  | | | | |
| 专业技术职称 | |  | | | | | 执业证书编号 | |  | | | |
| 籍 贯 |  | | | 家庭住址 | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 学 习  经 历 | （从高中、中专填起） | | | | | | | | | | | |
| 工 作  简 历 |  | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确，并自觉遵守公开招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。  本人签名： | | | | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | 审核人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

**备用照片粘贴处 备用照片粘贴处**