**附件2**

合浦县公开招聘乡村医生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  | | 相片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | 出 生 地 |  | |
| 学 历 学 位 | 全日制  教 育 |  | | | 毕业院校及专业 |  | |  |
| 在 职  教 育 |  | | | 毕业院校及专业 |  | | |
| 健康状况 |  | 婚否 |  | | 有何专长 |  | | |
| 联系方式 | 电话号码 |  | |  | |  | | |
| QQ号码 |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 报考单位及岗位 |  | | | | | 是否同意调配 |  | |
| 简  历 |  | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人所填写内容和提交报名材料真实有效，否则后果自负。    承诺人签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 乡镇卫生院初审结果 | 审查人签字:  单位主要负责人签字： 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | |
| 县卫健局复审结果 | 审查人签字:  单位主要负责人签字： 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | |

注：应聘者要如实填写有关内容，并保证对所填写内容负责，本登记表一式三份。