**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 |  | 健康状况 |  |
| 政治面貌 |  | 婚 否 |  | 执业资格名称 |  |
| 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 |  |
| 联系方式 |  | 特 长 |  |
| 报考单位及岗位 |  |
| 家庭住址 |  | 是否同意调剂 |  |
| 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： 2020年 月 日 |
| 乡镇卫生院资格审查意见 |  审查人签字： 单位主要负责人签字： 单位盖章：2020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，本登记表一式两份。