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：2017年9月 日 |

**备用照片粘贴处 备用照片粘贴处**