附件2

大理州面向2024届医学专业高校毕业生公开

招聘大学生乡村医生报名登记表

报考岗位： 人员类别：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 民 族 | |  | 近期免冠  一寸照片 |
| 出 生  年 月 |  | 籍 贯 |  | | 学 历 | |  |
| 政 治  面 貌 |  | 入党（团）  时间 |  | | 学 位 | |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 | |  | | |
| 学历证书  编 号 |  | | | 是否为定向或规培生 | |  | | |
| 是否取得执业（助理）医师资格证 |  | | | 医师资格证书编号 | |  | | |
| 身 份 证  号 码 |  | | | 户 籍  所在地 | |  | | |
| 手机号码 |  | | | 婚姻状况 | |  | | |
| 邮箱地址 |  | | | 是否曾与其他单位有劳动//人事 关系 | |  | | |
| 学习（工作）经历  （高中以上） | （xx年x月－xx年x月 XXXXXX学校XX专业 学历） | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 家庭  主要  成员 | （与本人关系 姓名 工作单位及职务 政治面貌 联系电话） |
| 奖惩  情况 |  |
| 专业  特长 |  |
| 其他需要说明的问题 |  |
| 我保证上述表格中所填内容信息真实有效。如有虚假，自愿取消聘用资格，并承担一切责任。  申请人签名：  年 月 日 | |
| 备注：1.人员类别须注明2024届毕业生、择业期应届毕业生。 | |