附件2

黔南州2025年专项招聘大学生乡村医生

报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 户籍所在地 |  |
| 生源所在地 |  | 毕业院校所在地 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业具体名称 |  | 毕业院校 |  |
| 工作单位 |  | 工作年限 |  | 参加工作时间 |  |
| 何时取得何种何级别执业资格证书 |  |
| 报考单位及代码 |  | 报考岗位及代码 |  |
| 个人身份 |  | 是否满足该岗位要求的其他报考条件 |  | 单位是否同意报考 |  |
| 本人联系电话 |  |  | 紧急联系电话 |  |  |
| 主要简历 |  |
| 其它需要说明事项 |  |
| 报考信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。考生签名： 代报人员签名： |
| 报名资格初审意见 | 审查人签字：2025年 月 日（盖章） | 报名资格复审意见 | 审查人签字：2025年 月 日（盖章） |

**报名序号：**