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：**