附件1

务川自治县2024年定向招聘大学生乡村医生专项计划人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | （照片） |
| 身份证号 |  | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 联系电话 |  | 生源地 |  |
| 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 毕业院校 |  |
| 参加工作时间 |  | 现工作村卫生室 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位及代码 |  |
| 报名信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚伪、遗漏、错误，责任自负。 考生签名：  年 月 日  |
| 资格初审情况 | 审查人签字：2024年 月 日 | 资格终审情况 | 组长签字：2024年 月 日 |