附件2

2023年度大学生免试注册乡村医生申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** | |  | **民族** |  | **照 片** |
| **出生**  **年月** |  | **籍 贯** | |  | **政治 面貌** |  |
| **毕业院校 （全日制）** |  | | | | **毕业时间 （全日制）** |  |
| **所学专业 （全日制）** |  | | | | **学历**  **（全日制）** |  |
| **申请岗位** |  | | **岗位代码** | |  | **是否服从调剂** |  |
| **联系**  **电话** |  | | | | **电子**  **邮箱** |  | |
| **通讯**  **地址** |  | | | | | | |
| **身份证号** |  | | | | | | |
| **个人简历** |  | | | | | | |
| **大学期间**  **奖励和处分** |  | | | | | | |
| **本人**  **承诺** | **本报名表所填内容准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。** | | | | | | |
|
| **报名人签名：**  **报名日期： 年 月 日** | | | | | | |
|
| **资格审 查意见** | **审查人签名：**  **审查日期： 年 月 日** | | | | | | |
|