附件2

**2024年桓仁县全科医生特岗计划公开招聘报名表**

 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 |  | 像片(一寸) |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校及所学专业 |  | 毕 业时 间 |  |
| 现工作单位及职务（职称） |  | 参加工作时间 |  |
| 户口所在地 | 　　　市　　　 县（区）　　　　 乡（街） | 移动电话 |  |
| 固定电话 |  |
| 报 考单 位 |  | 报 考职 位 |   |
| 执 业资 格 |  | 注册执业范围 |  | 省级卫生计生行政部门培训考核合格证明 |   |
| 是否符合报考职位资格条件要求 |  |
| 诚信承诺 | 本人郑重承诺：本人提交的信息资料真实、准确，经与所报职位报考资格条件核实，确认本人符合该职位的报考资格条件。如本人不符合考试报名条件进行了报名，将无条件服从主管部门做出的取消考试资格的决定。由此产生的一切后果由个人承担。考生签字： 年　月　 日 |
| 审查意见 |  审核人：  审核（章）   年　 月　 日 |

注：一式二份