附件2：

2024年度赤壁市第二批大学生乡村医生

专项招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 | |  |  |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 | |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 | |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 | |  |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系方式 | |  | |
| 现工作单位及职务 |  | | | 家庭地址 | |  | |
| 报考单位 |  | | | 岗位代码 | |  | |
| 个人简历  (从高中填起）) |  | | | | | | |
| 获奖及资格证书情况 |  | | | | | | |
| 家庭主要成员情况 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | | 单位 | | |
|  |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |
| 用人单位主管部门审查意见 | 审查人： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | |