吉安市大学生乡村医生专项计划招聘报名推荐表

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性 别 |   | 出生年月 |  | 照 片 |
| 籍 贯 |   | 民 族 |   | 政治面貌 |   |
| 身份证号码 |    |
| 全日制普通高校教 育 | 学历 |   | 毕业院校、系及专业 |    |
| 学位 |  |
| 在 职教 育 | 学历 |   | 毕业院校、系及专业 |    |
| 学位 |  |
| 何时何种方式进入村卫生室 |  |
| 通信地址及 邮 编 |    | 联 系方 式 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年龄 | 工作单位及职务 |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|  |  |  |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
| 个人承诺 | 本报名推荐表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。报名人签名（手写）： 年 月 日 |
| 县（市、区）卫健委初审意见 |  （盖章）年 月 日 |
| 市卫健委审查意见 |   （盖章）年 月 日 |
| 备 注 |   |

此表一式一份，每人仅限报考一个职位。