附件2

报考岗位序号（ ）

**通州区大学生乡村医生岗位公开招聘报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生日期 |  | 2寸正面免冠  彩色照片 |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  | | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | | 专业 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | 专业技术  职（执）业资格 | |  | |
| 手机号码 |  | | | 存档地点 | |  | |
| 报考单位 |  | | | | 报考岗位 |  | |
| 学习简历 |  | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人保证以上填写内容真实、准确，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）： 年 月 日 | | | | | | |
| 资格审查  意 见 | 初审意见： 复审意见：  审查人（签名）： 审查人（签名）：  年 月 日 | | | | | | |

**注：除审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其它项目均由报考者填写。**