|  |
| --- |
| **通城县卫生健康系统2024年大学生乡村医生专项招聘报名表** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |   |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 参加工作时 间 |  |
| 专 业职 称 |  | 学 历学 位 |  | 何时毕业于何校何专业 |  |
| 报考单位 |  | 报 考岗 位 |  |
| 联 系方 式 | 手 机　 |  |
| 家庭住址 |  |
| 主 要经 历 |  |
| 资格审查意 见 |  报名单位： 县卫健局：县人社局： |

注：此表由报考人员如实填写，如弄虚作假，取消其报名资格。