附件2

**永胜县乡镇卫生院定向招聘**

**农村订单定向免费医学毕业生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | | |  | | 民 族 |  | |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 | | |  | | 学 历 |  | |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | | 所学专业 | |  | | |
| 毕业时间 |  | | | 毕业证号码 | |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | 户口所在地 | | |  | | |
| 报考岗位 |  | | | | | | | | | |
| 个人  简历 | 起止年月 | | 在何学校（单位） | | | | | | 任何职务 | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
| 家庭主  要成员 | 称谓 | 单位 | | | | | | 联系电话 | | |
|  |  | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | |
| 招聘主管部门意见 | 经办人： 单位（盖章）  年 月 | | | | | | | | | |