|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  临县2022年公开招聘“乡招村用”乡镇卫生院工作人员报名登记表 | | | | | | | |
| 报考单位： |  | | | | | 岗位代码 | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 |  | 毕业专业 |  |
| 学 历 |  | | 户籍所在地 | |  | |
| 执业资格 |  | | 资格证书号 | |  | | |
| 村医执业地点 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 个人学习 工作简历 |  | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人在报名表中填写的信息真实、准确、一致，所提交的证件、资料真实有效，如有不真实、不准确或弄虚作假，一切后果由本人承担。 | | | | | | |
| 本人签名（手写）： 年 月 日 | | | | | | |
| 资  格  初  审  情  况 | 乡村医生资格及在岗情况审核：  审查人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 年龄及户籍审查情况：  审查人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 学历学位审查情况：  审查人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 执业资格审查情况：  审查人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 资格  复审  情况 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 审查人签字： 年 月 日 | | | | | | |

附件2

承 诺 书

本人承诺在此次“乡招村用”招聘报名提交的所有材料(包括身份证、毕业证、医师（助理）资格证书、医师(助理)执业资格、中医（助理）资格证书、中医（助理）执业证书在岗证明、报名表等一切材料)均真实有效。如提供虚假、失实的材料,本人愿承担由此造成的一切责任及后果。

承诺人(签名、手印)：

2022年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件3** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **考生防疫承诺书及体温情况登记表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | | 月 日 | | | 月 日 | | | 月 日 | | | 月 日 | | | 月 日 | | |
| 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 |
| 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 近7天内本人及共同居住的家属是否有境外或国内高、中疫情风险地区旅居史，或在其他有病例报告社区的居住史？（对选择项打“√”） | | | | | | | | | 是 ( ) | 否 ( ) | 本人是否在集中隔离医学观察场所留观过？（对选择项打“√”） | | | | | | | | 是 ( ) | 否 ( ) |
|
|
|
| 近7天内本人及共同居住的家属是否接触过确诊病例、疑似病例或无症状感染者，与他们共同生活、学习、工作、乘坐同一交通工具等近距离接触？（对选择项打“√”） | | | | | | | | | 是 ( ) | 否 ( ) | 近7天内是否出现过发热、乏力、干咳、腹泻等症状？（对选择项打“√”） | | | | | | | | 是 ( ) | 否 ( ) |
|
|
|
| 近7天内本人及共同居住的家属是否接触过来自境外或国内高、中疫情风险地区人员，或是否接触过来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状患者？（对选择项打“√”） | | | | | | | | | 是 ( ) | 否 ( ) | 近7天内本人是否去过医院就诊？（对选择项打“√”）若有，症状或疾病： | | | | | | | | 是 ( ) | 否 ( ) |
|
|
|
| **本人承诺以上所填写情况属实。如有不实愿承担相关法律责任。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 考生签名： （手写签名并按手印） 时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|