**河北省乡村医生定向招录人员报名表**

      市      县（市、区）               年   月   日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 | | |  | 出生年月 | |  | 照片  **（1寸免冠照片）** | | |
| 政治面貌 |  | | 专业技术职务或执业资格 | | | |  | | | | 考生身份 |  |
| 毕业学校 |  | | | | | | 所    学  专    业 | | | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | 联系电话 | | | |  | | | | |
| 报考岗位 | | 乡镇            村卫生室 | | | | | | | | | | | 可否调剂 | |  |
| 个人简历  （包括学习经历和社会工作经历） | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员情    况 | | 姓 名 | | | 关 系 | | | 所在单位 | | | | | | 职 务 | |
|  | | |  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | |  | | | | | |  | |
| 个人承诺 | | 1．本人已认真阅读定向招录公告，填写的各项信息真实准确；  2．符合定向招录及岗位所要求的招录条件；  3．对因自身原因所造成的一切后果，本人自负。  承诺人签名（手写）：                  年    月    日 | | | | | | | | | | | | | |

注：

   1.考生身份是指“学生、在职、农民、工人、复转军人、个体、待业、其它。

   2.承诺人须本人签字并按手印。

   3.请认真审查校对所填写的相关信息，否则后果自负。