附件 2

和田地区 2025年第一批大学生乡村医生专项计划面向社会公开招聘报名和资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | | 族别 | |  | | 政治 面貌 |  | | 照 片 |
| 报考岗位 代码 |  | 用人 单位 |  | | | | | | | | | |
| 招聘科室 |  | 身份 证号 |  | | | | | | | 出生 年月 | 年月 | |
| 联系 方式 | 本人手机号： 紧急联系手机号： | | | | | | | | | | | |
| 业 校 毕院 |  | | | 毕业 时间 | | |  | | | | 学 历 | |  |
| 所学专业 |  | 学位 |  | | 符合加分 条件 | | | |  | | | | |
| 居住地 详细地址 |  | | | | | | | | | 户籍地 | | 省 县 | |
| 简 历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查 意见 | 审核人： 复核人： | | | | | | | | | | | | |

说明：1. 此表由考生自行下载，须用黑色或蓝色碳素笔如实填写，如发现所填信息与本人情况不 符的，将取消招聘资格；2.考生参加资格审查时，提交此表进行审查。

**考生签名： 日 期：**