**吴堡县2019年招聘乡村医生报名审核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  | |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  | |
| 婚姻状况 |  | 文化程度 |  | 医师资格  证书 |  |
| 籍 贯 |  | | 家庭住址 |  | |
| 户口所在地 |  | | 联系电话 |  | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 |  | |
| 学历学位 |  | | 专业 |  | |
| 工作简历  （从大学开始填写） |  | | | | |
| 吴堡县卫健局  审核意见 | 同志，医师资格证书真实有效。    负责人签字： 单位：（盖章）  年 　月 　日 | | | | |

备注：联系电话必须为报考人有效电话，确保24小时开机，方便工作人员及时通知有关事宜，如有关机、无法接通等状态，视为自动放弃。