附件：

五台县卫生健康局2024年公开招聘乡村医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 身份证号 |  | | | | |
| 政治面貌 |  | 学 历 |  | 民 族 |  |
| 毕业院校及时间 |  | 专 业 |  | 是否应届择业期内 |  |
| 现有资格 | 执业医师□、执业助理医师□、乡村全科执业助理医师□、  已考试通过，上级未发放资格证书□ | | | | | |
| 资格证书编 号 |  | | | | | |
| 现家庭  地 址 |  | | 联系  电话 |  | | |
| 意向岗位 | 乡（镇）： 岗位（执业村卫生室）： | | | | | |
| 本人学习及工作简历 |  | | | | | |