附件3

**2021年苍溪县乡镇卫生院考核招聘定向医学专科生报考信息表**

　招聘岗位：　　　　　 　 岗位编码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 近期免冠两寸彩照 |
| 户 口所在地 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 | 普通高校 |  | 学位 |  |
| 成人高校 |  |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 参加工作时间 |  | 健康状况 |  | 专业技术职务任职资格 |  | 执业资格 |  |
| 联系地址 |  | 固定电话 |  |
| 移动电话 |  |
| E-mail |  | 邮政编码 |  |
| 现工作单位 |  | 职 务 |  |
| 是否曾享受政策性加 分 |  | 本次应享受加分分值 |  | 加分项目 |  |
| 个人简历 | 起止年月 | 所在单位名称 | 职 务 | 证 明 人 | 备 注 |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担全部责任。报考人签名：　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 报考资格初审意见 | 经办人（签字）：年 月 日 | 身份证复印件粘贴处 |  |

**备注：本表一式两份，请打印或工整填写；招聘期间请保持通讯畅通，不要变更所留电话号码。**