翼城县公开招聘乡村医生报名审查表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 | |  | 性  别 |  | 彩色照片 |
| 民  族 | |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 | |  | 技术职称 |  |
| 学历及专业 | |  | | |
| 家庭住址 | |  | | | |
| 身份证号 | |  | | | |
| 拟执业地点 | |  | | | |
| 个人学习及工作简历 | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人承诺：自觉遵守国家的法律、法规，树立良好的医德医风，严格按照乡村医生服务要求，规范诊疗技术，依法执业，认真履行岗位职责。  签名： | | | | | |
| 村委会  推荐意见 | （盖章）  年   月   日 | | | | |
| 乡镇卫生院  初审意见 | （盖章）  年   月   日 | | | | |
| 县卫体局  审查意见 | （盖章）  年   月   日 | | | | |