附件：

2020年新县特岗全科医生报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片（一寸彩照） |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | 学历 |  | 毕业时间及专业系专业 |  |
| 毕业院校 及专业 |  |
| 家庭通迅地址及电话 |  | 手机号码 |  |
| 报考单位及岗位 |  |
| 大学期间奖励和处分 |  |
| 本人承诺 |  1、本人自愿参加河南省特岗全科医生计划，并保证本人相关信息真实有效。2、本人将按照规定的时间及时前往相应服务地报到，并服从岗位分配，除不可抗力外，不以任何理由拖延。3、服务期间，本人将自觉遵守国家法律和河南省特岗全科医生计划的相关管理规定，爱岗敬业，尽职尽责。本人签字：年 月 日 |
| 单位审核意见 |  |