**2019年柳城县医学生定向培养报名表**

**报名单位名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期一寸免冠照片 |
| 户口所在地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 全日制教育学历 |  | 已录取院校及专业 |  |
| 就读院校及专业 |  |  |
| 身份证号码 |  | 个人联系电话 |  |
| 家庭联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 学习简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| **本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。****报名承诺人（签名）： 年 月 日** |
| 审核意见 |  审核人（签字）：                   年  月   日 |

**注意：本表填写一式3份。报名时上交2份，自存1份。**