|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | |
| 户口所在地 | |  | | | |
| 家庭住址 | |  | | | |
| 联系电话 | |  | | | |
| 毕业院校及专业 | |  | | | | |
| 报考单位 | |  | | | | |
| 岗位名称 | |  | | | 岗位代码 |  |
| 个人简历 |  | | | | | |
| 报名  信息  确认 | 符合报考要求，填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。    考生签名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |

筠连县2020年第二次定向医学专科生考核招聘报名表