**巴林右旗苏木镇医疗卫生机构公开招聘工作人员笔试减免考务费申请表**

考试年度：2020

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名序号 |  | | 身份证号 |  | |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | |
| 学 历 |  | | 联系电话 |  | |
| 毕业时间 |  | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | |
| **审核部门**  **意 见** | | 审核人签字：  年 月 日 | | | |
| **收费方式** | | 全免 □ | | | 减半 □ |
| 考生确认签字：  年 月 日 | | | | | |