附件4

2021年康巴什区面向社会公开招聘卫生专业技术人员

**考试**减免报考费申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名序号 |  | | 身份证号 | | |  | | |
| 姓 名 |  | | 联系电话 | | |  | | |
| 学 历 |  | | 性 别 | | |  | | |
| 毕业时间 |  | | | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | | |
| 是否参加笔试 | | | | |  | | | |
| 减免种类 | 应届生 □ | | | 上年毕业生 □ | | | | 低保家庭或建档立卡贫困家庭 □ |
| **考务中心审核部门**  **意 见** | | 审核人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| **减免方式** | | 全免 □ | | | | | 减半 □ | |
| 考生确认签字：  年 月 日 | | | | | | | | |

其他所需资料：报名登记表、考生二代身份证、毕业证、相应学位证原件及复印件或低保、贫困户证明。