附件2：

**2020年北安市医疗机构进校园招聘医学毕业生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | | | 照  片 | |
| 户籍 |  | 民族 |  | 政治面貌 | |  | | |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | |
| 毕业院校及专业 | |  | | | | | | | | |
| 职称 | |  | | | 从事专业 | | |  | | |
| 报考单位及岗位名称 | |  | | | | | 岗位代码 | | |  |
| 工作  简历 | |  | | | | | 报名人承诺  本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。    签名：  年 月 日 | | | |

说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系耽误考试聘用的后果自负。