附件1

炎陵县卫生健康局2023年公开招聘

取消岗位考生改报申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 原报名序号 |  | 姓 名 | |  |
| 身份证号 |  | 性 别 | |  |
| 民 族 |  | 联系电话 | |  |
| 原报考单位 |  | 改报单位 | |  |
| **身份证复印件** | | | | |
| **贴正面** | | | **贴背面** | |
| 考生签字：  年 月 日 | | | | |

说明:涉及取消岗位的考生,如有意愿改报,请打印后用签字笔手写填报此表,然后扫描或拍照以压缩包(其名称为“姓名+岗位名称”)的形式发到邮箱(94585512@qq.com)即可。