附件2

成都市郫都区卫生健康局考核选聘2024届

医学类毕业生报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  |
| 出生年月 |  | 健康状况 |  |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业时间、院校、专业 |  |
| 现有职称 |  | 是否规培 |  | 规培专业 |  |
| 规培单位 |  | 是否正式事业在编人员 |  |
| 意向单位 |  | 是否服从调配 |  |
| 本人简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 单位审核意见 |  |