附件2

[定向新疆喀什地区医学硕士专项计划报考人员推荐表](http://www.kashi.gov.cn/ksdqxzgs/uploads/20211014192731ygaiu3on23k.doc)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 2寸正面彩色近照 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 学历 |  | 毕业院校及专业 | |  | |
| 学位 |  | 授予单位及时间 | |  | |
| 从事专业 |  | | 专业技术职务 |  | | |
| 工作单位及职务 | | |  | | | |
| 通讯地址 | |  | | | 手机 |  |
| 电子邮件 | |  | | | | |
| 报考院校  （限1个） | |  | | | | |
| 学习工作简历 | |  | | | | |
| 参加定向培养的意愿（应届毕业生及异地在职人员应同时说明本人或亲属是否曾经在新疆工作，是否有长期在喀什工作意愿等内容） | |  | | | | |
| 本人所在单位意见（应届高校毕业生由所在高校就业部门填写意见，往届未就业由户籍所在社区或村委会填写意见） | | 盖 章  年 月 日 | | | | |
| 喀什地区初审  意见 | | 新疆喀什地区医学硕士专项工作领导小组办公室  （喀什地区卫生健康委员会代章）  年 月 日 | | | | |