附件2

2024年聊城市公费医学生选岗考试报名登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 民族 |  | 身份证号 |  |
| 政治面貌 |  | 出生日期 |  |
| 学历 |  | 毕业时间 |  |
| 学位 |  | 联系电话 |  |
| 邮政编码 |  | 户口所在地 |  |
| 通讯地址 |  |
| 毕业学校 |  |
| 所学专业 |  | 意向岗位一 |  |
| 专业类别 |  | 意向岗位二 |  |
| 资格证书 |  |
| 学习工作经历(从高中填起) |  |
| 家庭成员和主要社会关系情况 |  |
| 备注 |  |
| 承诺书 | 我已仔细读过《2024年聊城市公费医学生选岗考试公告》，理解其内容，符合报考条件。我郑重承诺：本人所填写和提供的个人信息、证明材料、证件等真实、准确、有效，并自觉遵守事业单位招聘的各项规定及纪律要求，诚实守信报考，认真履行应聘人员的义务，不故意浪费招聘资源。本人在报名、考试、考察、体检、公示、聘用整个招聘期间保证遵守各项纪律要求，对因提供有关材料信息不实、违反有关纪律规定和以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。本人对本次报考态度严肃，如被录取，严格遵守协议，一旦发生违约，本人自愿承担相关法律责任。 考生签字： |