附件2

2024年泰安市公费医学毕业生考试选聘

报名登记表

 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 上传1寸近期免冠彩色正面标准证件照片 |
| 籍贯 |  | 户籍所在地 |  | 健康状况 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 参加组织时间 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 身份证号 |  | 所学专业 |  | 报考岗位 |  |
| 毕业学校及院系 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 学习经历 |  |
| 获奖情况 |  |
| 家庭成员及其主要社会关系 | 关系 | 姓名 | 单 位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 备注（是否有需要回避的单位） |  |
| 我已仔细阅读《2024年泰安市公费医学毕业生考试选聘简章》，清楚并理解其内容，符合报考条件。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等相关材料真实、准确，能够按时取得毕业证、学位证，并自觉遵守《山东省医学生公费教育实施办法》和公费医学生签署的协议书及补充协议的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行应聘人员义务。对因提供有关信息、证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。本人确认签名：  |