|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2： |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 鹤壁市2024年特招医学院校毕业生报名登记表 填表日期： 年 月 日 |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 | 照 片 |
| 出生年月  | 　 | 籍贯 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 所学专业 |  | 学历 |  |
| 学位 |  |
| 报考单位 |  | 岗位代码 |  |
| 家庭详 细住址 |  | 联系电话 |  |
|  |
| 身份证号 |  | 现职称及执业资格 |  |
| 本 人 简 历 | 　 |
| 家庭 成员 及主 要社 会关 系 | 姓名 |  与本人关系  |  工作单位及联系电话 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 报名人 声 明 |  本报名表所填内容正确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。 |
|
|  报名人签名：  |
|
| 资格审 查意见 |  审查人签名：  |
|
| 注：1.此表请将相关信息填写完整后打印（请上传电子照片），一式3份；2.“报名人签名”栏需报考人员手写签字确认，不得打印；3.请填写经常使用的手机或固定电话号码，并保持通讯畅通，凡是因个人通讯等考生个人原因联系不到本人的视为自动放弃招聘机会。 |