|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2： |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2024年焦作市特招医学院校毕业生和特岗全科医生报名表 序号： |
| 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 |  | 婚否 | 　 |
| 特招毕业生报考岗位 |  | 报考岗位代码 |  |
| 特岗医生报考岗位 |  | 报考岗位代码 |  |
| 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 | 　 |
| 报名人声 明 |  本报名表所填信息准确无误，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： |
|  备 注 |  |
|
| 注：除序号和审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其他项目均由报考者填写，照片背面写上姓名。 　　　　　　　　填表日期：年 月 日 |