|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  2024年商丘市特招医学院校毕业生报名表  **年 月 日** | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 民 族 |  | 照 片 |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  | | 全 日 制  学历层次 |  |
| 报考单位 |  | | | | 报考专业 |  |
| 毕业院校及时间 |  | | | | 毕业专业及 学制 |  |
| 家庭住址 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 身份证号 |  | | | 现有技  术资格 |  | 现有资格  取得年月 |  |
| 计算机水平及等级 |  | 最高学位 |  | | 原工作单位及参加工作时间 |  | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | |
| 本人学习  工作简历 |  | | | | | | |
|
|
| 报名  承诺 | 本人填写内容准确无误，所提交的证件和材料真实有效，如有虚假，本人愿意承担一切后果。  报名人签名： | | | | | | |
|
| 资格  审查  意见 | 审查人签名： | | | | | | |
|

说明：报考单位填写：XXX县（市、区）直医疗单位或XXX县（市、区）乡镇卫生院