|  |
| --- |
| 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