附件2：

2024年杞县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 |  | 出 生年 月  |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 是 否 全日制 |  |
| 毕业院校及专 业 |  | 毕业时间 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份证号码 |  | 通讯地址 |  |
| 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 学习及工作简　　历 |  |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 报名人（签名）： 年　　月　　日 |
| 报考单位 |  | 岗位代码 |  |
| 资格复审意　　见 | 审查人（签名）： 年　　月　　日 |