附件2

2024年秋冬季苍南县卫生健康系统赴高校提前选聘

医学类优秀毕业生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | （贴照片处） | |
| 出生  年月 |  | 政治  面貌 |  | | 户籍地或生源地 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 英语等级 |  | | 专业技术资格 |  |
| 联系  方式 |  | | | | 身份证号 |  | | |
| 毕业  院校 |  | | | | | 高校招生录取批次 | 第 批 | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 报考岗位 |  | | | 岗位代码 |  | 是否同意调剂 | |  |
| 获奖情况 |  | | | | | | | |
| 简历（高中及以后学历和实习  经历） |  | | | | | | | |
| 考生签名 | **本人承诺符合2024年秋冬季苍南县卫生健康系统赴高校提前选聘医学类优秀毕业生报名条件，填写报名信息真实，若弄虚作假，取消报名资格。**  **（签名）：**  年 月 日 | | | | | | | |
| 资格审查 | 审查人签名： | | | | | | | |

报考单位：