附件2：

天全县2024年定向医学专科生引进人员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 一寸免冠照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 出生年月 |  | 年龄 |  |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 家庭住址 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学习经历 |  |
| 工作经历 |  |