|  |
| --- |
| 附件2 2025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 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历层次 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 （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 |  |
| 最高学位 |  | 是否参加住院医师规范化培训 |  | 原工作单位及参加工作时间 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 学习（高中填起）和工作简历 |  |
|
|
| 报名承诺 |  本人填写信息内容准确无误，所提交的证件材料真实有效，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：  |
|

填报说明：1.报考单位填写：XX县（市、区）县级医疗机构或XX县（市、区）乡镇卫生院；2.报考岗位（专业）填写xxx专业；3.现有技术资格填写：职业资格或医师资格。