|  |
| --- |
| 附件2盐城市大丰区2025年农村订单定向医学生定向招聘报名表 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 身份证号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 出生年月 | 　 | 籍贯 | 　 | 政治面貌 | 　 | 照片粘贴处 |
| 民族 | 　 | 报考岗位 |  | 报考岗位代码 |  |
| 毕业时间 | 　　 | 毕业院校 | 　　 |
| 学历 |  | 学位 |  | 专业 |  |
| 联系地址 | 　 | 联系电话1 | 　 |
| 　 | 联系电话2 | 　 |
| 职称 | 　 | 健康状况 | 　 |
| 个人简历(从高中填写至现在) | 　 |
| 是否存在不符合招聘条件的情形 | 是( ) 否( ) |
| 报考人员承诺签名 | 本人已仔细阅读招聘公告、岗位表等相关资料，承诺所填写的个人信息和所提供的资料真实准确，并符合招聘岗位条件的要求。如果由于填写个人信息或提供资料不准确、不真实而导致不能正常参加笔试、面试或取消聘用资格等情况，由本人承担全部责任。 承诺人签字： 年 月 日 |
| 审核意见：初审人签名： 年 月 日 | 审核意见： 复核人签名： 年 月 日 |
| 说明 | 　 |

**注意**：本表中所填内容以及所提供材料均真实有效，如有不实之处，取消录用资格。