附件2

临平区医疗卫生单位择优签约全日制普通高校医学类

专业应届毕业生报名表

报考单位及岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | 身份  证号 |  | | | | | | 照片 |
| 出生  年月 |  | | 政治  面貌 | |  | 民族 |  | | 生源地 | |  | |
| 学 历 |  | | 学 位 | |  | 现户籍  所在地 | |  | | | | |
| 毕业  院校 |  | | | | 所学  专业 |  | | | | 毕业  时间 | |  | |
| 电子  邮箱 |  | | | | | | 手机号码 | | |  | | | |
| 家庭  地址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 通讯  地址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 获奖  情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 简历  （从高中开始填写） |  | | | | | | | | | | | | |
| **本人承诺符合临平区医疗卫生单位择优签约全日制普通高校医学类应届毕业生报名条件，以上填写的报名信息真实，若弄虚作假，取消报名资格。**  （签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 符合择优签约条件 | |  | | | | | | | | | | | |
| **资格审查** | | | | 审查人签名： | | | | | | | | | |