附件2

**2023年桐柏县面向社会特招医学院校毕业生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | | 出生年月 | | |  | | | 近期1寸免冠照片  （粘贴处） |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | | | | 政治面貌 | | |  | | |
| 学 历 |  | | 学 位 | | | | |  | | | | |
| 毕业院校及专业 |  | | | | 毕业时间 | | | | | |  | |
| 现工作单位 |  | | | | 参加工作时间 | | | | | | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | 联系电话 | | | | |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 电子邮箱 | | | | |  | | |
| 学习及工作简历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 报考职位 |  | | | 职位代码 | | | | |  | | | | |
| 资格审查  意 见 | 审查人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

序号： 填表日期： 年 月 日

注：1.除序号和审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其它项目均由报考者填写。填写时请使用正楷字体。2.表格需贴近期1寸免冠照片。