|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件：  **2020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** |
| **出生日期** |  | **政治面貌** |  | | **全 日 制**  **学历层次** |  |
| **报考单位** | **xxx县（区）乡镇卫生院** | | | | **报考专业** |  |
| **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** |  |
| **计算机水平及等级** |  | **最高学位** |  | | **原工作单位及参加工作时间** |  | |
| **奖惩情况** |  | | | | | | |
| **本 人 简 历** |  | | | | | | |
|
|
| **报名承诺** | **本人填写内容准确无误，所提交的证件和材料真实有效。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：** | | | | | | |