**附件2：**

**鲁山县2023年特招医学院校毕业生和特岗全科医生**

**报 名 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月  （ 岁） | |  | | | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | |
| 政 治  面 貌 |  | | | 健康状况 | | |  | |
| 现住址 |  | | | | | | 联系  电话 | |  |
| 毕业院校 |  | | 所学  专业 | |  | | 毕业  时间 | |  |
| 学 历 |  | | 是否全日制 | |  | | 学位 | |  |
| 报考类别（特招毕业生、特岗全科医生） |  | | 报考专业 | |  | | 岗位代码 |  | |
| 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 | | | | | | | | |
| 报名资格审查情况 | 工作人员（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | |

**注：报考专业按岗位设置表专业如实填报。**