|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2： |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 鹤壁市2023年特招医学院校毕业生报名登记表 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 民族 | | |  | | 照 片 |
| 出生年月 |  | | 籍贯 |  | | 政治面貌 | | |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | 毕业时间 | | |  | |
| 所学专业 |  | | | | | 学历 | | |  | |
| 学位 | | |  | |
| 报考单位 |  | | 岗位代码 | |  | | | | 考试  专业类别 | | □西医 |
| □中医 |
| 家庭详 细住址 |  | | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | 现职称及  执业资格 | | |  | |
| 本 人 简 历 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭 成员 及主 要社 会关 系 | 姓名 | | 与本人关系 | | | 工作单位及联系电话 | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
| 报名人 声 明 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。 | | | | | | | | | | |
|
| 报名人签名： | | | | | | | | | | |
|
| 资格审 查意见 | 审查人签名： | | | | | | | | | | |
|
| 注：1.此表请将相关信息填写完整后打印（请上传电子照片），一式3份；  2.“报名人签名”栏需报考人员手写签字确认，不得打印；  3.凡报考中医学、中西医结合、康复治疗学、康复治疗技术、中药学专业的，在“考试专业类别”栏“中医”前的□内打“√”；报考其它专业的，一律在“考试专业类别”栏“西医”前的□内打“√”。 | | | | | | | | | | | |