附件2：

2024年常州市武进区卫健系统定向招聘农村订单定向医学毕业生报名表

|  |
| --- |
| 报名序号： |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  | 相片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 学历 |   | 学位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 掌握何种外语及程度 |  | 计算机掌握程度 |  |
| 学习和工作经历（从高中填起） |  |
| 主要奖惩情况 |  |
| 家庭成员情况 | 姓 名 | 关 系 | 所在单位 | 职 务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 承 诺 书 | 本人提供的上述信息均真实有效，符合招聘公告规定的报考条件和岗位要求，并符合回避制度要求。如有不实，由此造成的一切后果自负。若被聘用，单位可随时解除与本人的聘用关系。承诺人: 年 月 日 |
| 初审意见 | 审核人： 年 月 日 | 复审意见 | 审核人： 年 月 日 |
| 备 注 |  |