|  |
| --- |
| 附件3：叶县2024年特招医学院校毕业生、特岗全科医生报名登记表 |
| 报考专业 |  | 岗位代码 |  |  |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 |
| 出生年月 | 　　 | 政治面貌 | 　 |
| 身份证号 |  |
| 家庭住址 |  |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
|  毕业院校 |  | 学历 |  |
| 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 个人简历 | 　 　 |
| 承诺书 |  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。一经考录，保证在基层服务时间不少于6年（特岗全科医生不少于4年），服务期内不得擅自离开服务岗位。  本人（签字）: 年 月 日  |
| 资格审核意见 | 审核人（签字）:  年 月 日 |
| 备 注 | 手机保证24小时开机。 |