附件2

**2023年苍南县人民医院医共体提前招聘普通高校**

**医学类专业毕业生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | （贴照片处） |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 户籍或生源所在地 | 　 |
| 学历 |  | 学位 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 英语等级 |  | 专业技术资格 |  |
| 联系方式 |  | 身份证号 |  |
| 毕业院校 |  | 高校招生录取批次 | 第 批 |
| 家庭住址 |  |
| 报考岗位 |  |
| 获奖情况 |  |
| 简历（高中及以后学历和实习经历） |  |
| 考生签名 | **本人承诺符合2023年苍南县人民医院医共体提前招聘普通高校医学类专业毕业生报名条件，填写报名信息真实，若弄虚作假，取消报名资格。****（签名）：**年 月 日 |
| 资格审查 | 审查人签名： |

报考单位：