附件4

**2023年大连高新区公开招聘事业编制医疗卫生人员材料确认表**

姓名： 应聘岗位：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内容 | 页数 | 份数 | 备注 |
|  |  |  |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

备注：请按实际提交材料填报，填写内容最后一行的下一行请填（以下空白），打印后本人手写签字。

本人手写签字： 日期：