附件：

基层医疗机构招聘编制外医学专业

大学生报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | （照片） |
| 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 学历 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 | 🞎健康 🞎不健康 |
| 资格证书 | 🞎有 ； 🞎无 |
| 婚姻状况 |  | 户籍地址 |  |
| 联系电话 |  | 现住地址 |  |
| 个人简历 |   |
| 所在单位意见：（无工作单位的不填）主要负责人签字（盖 章）：  年 月 日 | 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切责任。本人签字：  年 月 日 |