附件2

内蒙古医科大学第二附属医院

2024年青年就业见习岗位人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 民 族 | |  | 照  片 |
| 出生年月 | | 年 月 | 政治面貌 |  | 学 历 | |  |
| 学 位 | |  | 毕业院校 |  | | | |
| 所学专业 | |  | 毕业时间 | 年 月 | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | |
| 毕业证号 | |  | | 学位证号 | |  | | |
| 户籍所在地 | |  | | 联系电话 | |  | | |
| 报考岗位 | 本人签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 审核  意  见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 录  取  情  况 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |