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 |