附件2

**2023年苍南县卫生健康系统提前招聘普通**

**高等学校医学类毕业生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 是否同意调剂 |  |
| 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年苍南县卫生健康系统提前招聘普通高等学校医学类毕业生报名条件，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： 岗位代码：