附件2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2023年菏泽市公费医学毕业生报名登记表 | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片  （半年内免冠、蓝底、无美颜、二寸  证件照） |
| 出生日期 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | | | 手机号码 |  |
| 毕业院校 |  | | 所学专业 |  | 学历及学位 |  |
| 第一轮报名服务县区及岗位 |  | | | | | |
| 个人简历(从高中阶段填起，须注明起止年月) |  | | | | | |
| 在校期间  主要表现 |  | | | | | |
| 本人承诺 | 以下内容为承诺范例，请手写：  本人郑重承诺：本人已明确知晓公费生选聘公告内容，服从选聘工作安排，认真履行协议。此表我已完整填写，所填个人信息均属实，如信息填写不完整或有不实之处，出现所有后果由本人承担。  本人签名： 年 月 日 | | | | | |

**注：本表须从报名系统打印，手写本人承诺，签字确认后扫描件上传至报名系统。**