**高县定向医学专科生引进招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 民族 |  |  |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | |
| 户口所在地 | |  | | | | |
| 家庭现住址 | |  | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | |
| 所学专业 | |  | | | | 岗位名称 |  |
| 招聘单位 | |  | | | | 岗位代码 |  |
| 个人简历 |  | | | | | | |
| 报名信  息确认 | 本人符合报考要求，填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  　　　　　　　　　　　　　考生签名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |