附件2

2025年滨州市公费医学毕业生选聘报名表

 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 近期免冠彩色正面证件照片 |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业学校及专业 |  | 选聘岗位 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 学习经历 |  |
| 家庭成员及其主要社会关系 | 关系 | 姓名 | 单 位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 备注（是否有需要回避的单位） |  |
| 本人确认签名： 年 月 日  |