附件2：

北京市海淀区卫生健康委所属事业单位2025年

公开招聘医学定向生报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 1寸照片 |
| 民族 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 生源地 |  | 政治面貌 |  |
| 家庭住址 |  |
| 毕业学校 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 户口所在地 |  省 市区（县） |
| 报考单位 |  |
| 报考岗位序号 |  | 报考岗位名称 |  |
| **诚信声明**本人承诺，报名表中所填写的个人信息及提交的材料均符合国家有关规定，真是有效；符合报考岗位的条件要求，遵守公开招聘的各项规则。若本人提供虚假信息或资料，违背上述声明的行为，愿承担由此造成的一切后果。  本人签名： 年 月 日 |
| 资格审核意见 | 初审意见： | 复核意见： |
| 报名时需提交材料：1.报名表；2.身份证、户口簿（首页、个人页）；3.毕业证书、学位证书；4.1寸蓝底免冠照片1张。 |