|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2025年应届毕业农村订单定向医学生报名表 |
| 报考单位： | 报考岗位： | 岗位序号： |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  | 粘贴照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 学历类型 |  | 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 现工作单位 |  | 工作年限 |  | 取得 职称 |  |
| 岗位要求的相关证书取得情况 |  |
|
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  | 邮箱 |  |
| 学习及工作经历（从高中填起） |  |
| 考生意见 | 本人承诺诚信报考，保证所提供的个人信息真实、准确、完整，不弄虚作假，符合报名要求。如因个人信息错误、缺失及所提供证明材料虚假造成的一切后果，由本人承担。 |
| 考生（签名）： |  |
| 资格审查意见 |  |