|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |
| 2025年农村订单定向免费医学生招聘报名表 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 最高学历 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业院校 |  | 学制形式 |  |
| 最高学位 |  | 专业名称 |  |  |  |
| 户籍所在地 |  | 籍贯 |  | 通讯地址 |  |
| 岗位名称 |  | 招聘单位 |  |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  | 紧急联系人电话 |  |
| 教育背景（从高到低） | 开始时间 | 结束时间 | 就读学校 | 所学专业 | 是否全日制 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 获得证书情况 | 取得证书名称 | 获得时间 | 发证机构 | 证书业务方向 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备注 |  |
| 报考人员承诺 |  本人承诺以上所填内容属实，并保证报名提交的全部材料真实。如存在材料不实及弄虚作假等情况，本人将无条件接受被取消聘用资格，并愿意承担相应责任。  报考人签名： 日期： |
|
|
|
|
|