**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 |  |