附件3

前锋区2019年定向医学专科生考核招聘报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 贴照片处 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| **报考岗位** |  |
| 家庭住址或户籍所在地 |  | 通信地址 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 毕业时间及院校 |  | 所学专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 学历性质 |  |
| 执业资格 |  | 取得时间 |  | 职 称 |  |
| 学习工作 简 历 |  |
| 诚信承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 签字： 2020年 月 日 |
| 资格审查单位意见 | 审查人：  2020年 月 日 |
| 备注： | 1. 本表由报考者本人用黑色笔如实填写，字迹要清晰、工整；

2、学历性质：全日制普通高等院校；成人教育；军队院校；3、近期蓝底免冠照片（2寸）3张； |