附件2

靖江市2025年农村订单定向免费培养

医学毕业生招聘报名表

　　报名序号（报考人员不填） ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 户籍所在地 |  | 籍贯 |  | 性别 |  | 民族 |  | 贴照片处（一寸彩照） |
| 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业（以毕业证为准） |  | 所获学位（以学位证为准） |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话 | 1. | 2. |
| 报考单位名称 |  | 报考岗位代码 |  |
| 简 历（从高中填起） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭成员 | 姓名 | 关系 | 所在单位 | 职务（职称） |
|  |  |  |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 是否存在《江苏省事业单位公开招聘人员办法》第三十六条回避关系 |  是 否 |
| 报考人承诺签名 | 　　　　**本人已仔细阅读招聘公告、岗位表等相关资料，承诺所填写的个人信息和所提供的资料真实准确，并符合招聘岗位的要求。如果由于填写个人信息或提供资料不准确、不真实而导致不能正常参加考试或取消聘用资格等情况，则由本人承担全部责任。**签字： 年 　月 　日  |
| 审核意见 | 审核人签字： 年 月 日 |