附件2：

2019年新吴区农村订单定向培养医学生招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 民族 |  | 户籍所在地 |  |
| 居住地 | 区 街道 村（小区）  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  | 英语等级 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | QQ号 |  |
| 其他相关资格条件 | 有无《关于开展农村订单定向医学生免费培养工作的通知》（苏卫科教〔2015〕21号）第十三条所列1、2条违约情况 |  |
| 学习工作简历(从高中起填) |  |
| 个人承诺 | 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资料真实准确，并符合招聘岗位的要求。由于个人信息不实，填写不准确而导致不能正常参加笔试、面试或取消录取资格等情况，由本人承担全部责任。应聘人签字： |
| 审核意见 |    审核人(签名) ： 年 月 日 |
| 备 注 |  |