|  |
| --- |
| **叶县2017年特招医学院校毕业生报名登记表** |
|  **报考岗位：****（县级/乡级）** |  | **报考专业：** | **近期免冠照片**  |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **民 族** |  |
| **出生年月** |  | **学历** |  | **政治面貌** |  |
| **身份证号** |  |
| **家庭住址** |  |
| **户籍所在地** |  | **联系手机** |  |
|  **毕业院校** |  | **毕业时间** |  |
| **个人简历** |  |
| **承诺书** |  **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。** **本人（签字）: 年 月 日**  |
| **资格审核意见** | **审核人（签字）: 年 月 日** |
| **备 注** | **1、本表一式两份；****2、手机保证24小时开机。** |