附件2

北京市大兴区卫生健康委员会所属事业单位

2024年公开招聘医学定向生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 | |  | | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 | |  | |
| 学 历 |  | 学位 |  | 毕业时间 | |  | |
| 毕业院校 |  | | 专业 |  | | | |
| 现家庭住址 |  | | | | 手机号码 | |  | |
| 报考单位 |  | | | | 报考岗位 | |  | |
| 学习、工作简历 | （自高中开始填起，填写何年何月至何年何月在何地、何单位工作学习、任何职） | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人保证以上填写内容真实、准确，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。  报名人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 资格审查  意 见 | 初审意见： 复审意见：  审查人（签名）： 审查人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | |

**注：除审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其它项目均由报考者填写。**