附件2：

泗阳县2025年农村订单定向医学毕业生定向招聘报名表

**报考岗位名称： 岗位代码：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  | （二寸免冠照片） |
| 身份证号 码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 毕业院校 |  | 学 历（学 位） |  |
| 毕业专业 |  | 毕业时间 |  |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 家 庭 住 址 |   |
| 个人简历 | 起止年月 | 在何地、何单位、任何职 （从高中开始填写） |
|  |
|  奖惩 情况 |  |
| **本人承诺以上信息真实、准确、有效，如有虚假，责任自负。 是否存在回避关系： 是🞎 否🞎****本人确认签字： 年 月 日** |
| 备注 |  |