附件1：

2020年岱山县定向医学毕业生聘用面试报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 户籍或  生源地 |  | 政治 面貌 |  | 身体 状况 |  |
| 毕业学校 |  | | | 毕业 时间 |  |
| 所学专业 |  | | 学历 学位 |  | |
| 家庭住址 |  | | |  | | |
| 身份证号 |  | | |  | | |
| 电子邮箱 |  | | 联系 电话 |  | | |
| 学习  简历 |  | | | | | |
| 荣誉  和  特长 |  | | | | | |
| 家庭  成员 | （包括称谓、姓名、工作单位、职务等） | | | | | |
| 本人  承诺 | 上述填写内容真实完整，提供的报考资料原件和复印件齐全真实。如有不实，本人自动放弃报名及录用资格，并承担相应责任。    报考人（签名）：  2020年 　 月 日 | | | | | |
| 县卫生健康局资格审查意见 | 2020年 月 日 | | | | | |