附件2：

广元市昭化区2017年直接考核招聘贫困地区医学专科定向生

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 身份证号 |  |
| 何校何专业毕业 |  |
| 户籍所在地 |  省 （区、县） | 家庭详细地址 |  |
| 个人联系电话 |  | 电子邮箱 |  | QQ号 |  |
| **教育经历（从小学填起）** |
| 起至年月 | 所在学校名称 | 学习专业、毕（肄）业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **报考岗位**（按照本次招聘岗位需求信息统计表填写，只能填写1项） |  | 自愿在招聘单位工作6周年 | □是  □否 |
| **以上信息经本人确认无误。**本人签名： 年 月 日 |

报 名 登 记 表