附件2

2024年滨州市公费医学毕业生选聘报名表

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 |  | 出生  年月 |  | 上传1寸近期  免冠彩色正面  标准证件照片 |
| 籍贯 |  | | 户籍  所在地 |  | | 健康  状况 |  | 婚姻  状况 |  |
| 政治  面貌 |  | | 参加组织时间 |  | | 学历 |  | 学位 |  |
| 身份  证号 |  | | | | | 所学  专业 |  | 选聘  岗位 |  |
| 毕业学校及院系 |  | | | | | 联系  电话 |  | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | |
| 学  习  经  历 |  | | | | | | | | | |
| 家庭  成员  及其  主要  社会  关系 | 关系 | | 姓名 | | 单 位 | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |
| 备注（是否有需要回避的单位） |  | | | | | | | | | |
| 本人确认签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |