

附件 2

筠连县考核招聘 2024 届农村订单定向免费医学 毕业生报名信息表

| | | | | | | |
|---------|--|------|--|------|--|--|
| 姓 名 | | 性 别 | | 民 族 | | |
| 出生年月 | | 政治面貌 | | | | |
| 身份证号码 | | | | | | |
| 户口所在地 | | | | | | |
| 家庭住址 | | | | | | |
| 联系电话 | | | | | | |
| 毕业院校及专业 | | | | | | |
| 报考单位 | | | | | | |
| 岗位名称 | | | | 岗位代码 | | |
| 个人简历 | | | | | | |
| 报名信息确认 | 符合报考要求，填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误， 责任自负。 | | | | | |
| 备 注 | | | | | | |