

附件 2

高县考核招聘 2025 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<br>确认 | 填写信息均为本人真实情况，符合报考要求，若有<br>虚假、遗漏、错误，责任自负。<br><div>考生签名：</div> <div>年 月 日</div> |      |  |      |  |  |
| 备 注        |                                                                               |      |  |      |  |  |