|  |
| --- |
| **附件1：**云县医疗卫生机构专项补充招聘报名表 |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | 报考单位及招聘岗位 |  |
| 毕业时间 |  | 本人手机 |  | 备用电话 |  |
| 档案所在地址 及邮编号 |  |
| 考生工作简历 |  |
| **所需材料** | **审核人签名** |
| 1.身份证（验原件收复印件） |  |
| 2.毕业证（验原件收复印件；2020年毕业考生提供承诺书原件） |  |
| 3.未落实工作单位证明或承诺书 |  |
| 4.学位证（验原件收复印件） |  |
| 本人承诺填写的以上信息和所提交材料真实有效，符合报名要求，否则愿意承担由此造成的一切后果。   考生本人签字（手签）： 2020年 月 日 |