

附件二

河南省卫生系统选拔高等院校毕业生  
到基层医疗卫生机构工作报名表

网报号：

用户名：

验证码：

考 点：

基本情况	姓 名*		性 别*		照片
	民 族*		出生日期*		
	身份证号*		联系电话*		
教育情况	最高学历*		毕业学校*		
	毕业专业*		毕业时间*		
报考信息	报考县市*		报考级别*		
	报考单位*		报考岗位*		
	报考科目*				
	现有技术资格				
以下由审核部门填写盖章					
审查意见	考点审查意见		人事部门审查意见		
	考点负责人签章 年 月 日		负责人签章 年 月 日		

本人确认签字：

日期： 年 月 日