**厦门市卫生健康委员会所属事业单位校园招聘志愿书**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **身份证号** |  | **联系电话** |  |
| **就读院校** |  | **预计毕业时间** |  |
| **专业（方向）** |  | **学历学位** |  |
| **报考单位** | **第一志愿** |  | **报考岗位** |  |
| **岗位代码** |  |
| **第二志愿** |  | **报考岗位** |  |
| **岗位代码** |  |
| **第三志愿** |  | **报考岗位** |  |
| **岗位代码** |  |
| 本人确认符合报考岗位所需的资格条件，提供的材料真实、有效，如审核不符，承诺自动放弃考试和聘用资格。报考人签名：年 月 日 |