附件3

新田县2025年医卫系统引进急需紧缺专业人才改报岗位申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 学历（学位） |  | 专业 |  |
| 原报考单位名称 |  | 拟改报单位名称 |  |
| 原报考岗位名称 |  | 拟改报岗位名称 |  |
| 拟改报岗位的专业及其他要求 |  |
| 简历 |  | 身份证复印件或照片 |  |
| 联系电话 |  |
| 申请人签名 |  |

请因未达到最低开考比例需求计划取消而申请改报的报考人员务必于**2025年4月10日（星期四）17:00前**填写本表，发邮件至xtzzbrcs@163.com，并电话确认。请一定要按照新田县2025年医卫系统引进急需紧缺专业人才公告发布需求目录准确填写单位与岗位名称。逾期未提交申请者视为放弃改报。