鄂托克旗2023年度公开招聘医疗卫生专业技术人员考试

减免笔试报名费申请表

报考岗位：xxxxxx

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 性别 |  | 联系电话 |  |
| 毕业时间 |  | 学历 |  |
| 毕业院校 |  | | |
| **减免原因** | □ 2022年毕业 □ 2023年毕业 □ 其他 | | |
| **减免金额** | □ 35元 □ 70元 | | |
| **初审**  **意见** | 审核人签字：  盖 章  年 月 日 | | |
| 考生确认签字：  2023年 月 日 | | | |