附件

2024年大学生乡村医生专项计划公开招聘

面 试 确 认 单

 本人 ，性别： 身份证号 ，报考 县（市、区）大学生乡村医生职位，已进入该职位面试名单。我已认真阅读《平顶山市2024年大学生乡村医生专项计划公开招聘面试公告》内容，能够按照规定的时间和要求参加面试。

姓名（手写签名）：

日 期： 年 月 日