附件2：

**2025年苍南县卫生健康系统面向社会招聘120编外辅助人员报名表**

|  |
| --- |
|   |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 贴一寸近照 |
| 性别 |  | 出生年月 |  | 何时参加何党派 |  |
| 民族 |  | 婚姻状况 |  | 户籍 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  | 学历 |  |
| 报考单位 |  | 驾驶证等级 |  |
| 岗位代码 |  | 岗位 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 |  |
| 主要家庭成员 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报名资格审查 |  签字： 年 月 日 |
| 局组织人事科审核意见 | 审核人：年　 月 　 日 |
| 备注 |  |

本人签名： 日期： 　 年 　 月 　 日

注：1、报考人员须如实填写，如有虚假，后果自负；

2、个人简历根据经历分段填写。