附件2

2025年二季度成都市郫都区卫生健康局下属医疗机构编外人员招聘综合辅助报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | | 专业技术职称 |  | | | | |
| 手机号码 |  | | 身份证号 |  | | | | |
| 邮箱号 |  | | 联系地址 | |  | | | |
| 学历学位 | 全日制 |  | 毕业学校、时间及专业 | |  | | | | |
| 在职 |  | 毕业学校、时间及专业 | |  | | | | |
| 原工作  单位 |  | | 目前从事专业 | |  | | | | |
| 报考单位岗位名称及岗位代码 |  | | | | | | | | |
| 学习工作简历 |  | | | | | | | | |
| 特长 |  | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | |
| 报考单位资格审查意见 | 审核人\_\_\_\_\_\_ （盖章） | | | | | | | | |