附件2

|  |
| --- |
| 南江县2025年公开招募医疗卫生辅助岗位人员报名登记表 |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **民族** |  | 照片（1寸免冠） |
| **出生年月** |  | **籍贯** |  | **政治面貌** |  |
| **身份证****号码** |  | **联系电话** |  |
| **全日制 教 育** |  | **毕业学校及专业** |  | **毕业时间** |  |
| **在 职 教 育** |  | **毕业学校及专业** |  | **毕业时间** |  |
| **执业资格****名 称** |  | **执业资格证书编号** |  | **取得时间** |  |
| **个人简历（从读高中填起，学习及工作简历）** |  |
| **报考单位** |  | **报考岗位** |  | **岗位编号** |  |
| **考生承诺** | **本人承诺遵守相关规定，提交材料真实有效，若违反规定、弄虚作假，所引起的一切后果自己承担。** **考生签字：****年 月 日** |
| **资格审查 意 见** |  **审查人：** **年 月 日** |