附件2

成都市武侯区卫生健康局所属事业单位2025年医疗卫生辅助岗报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  年 月 日 | 一寸免冠证件彩照 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 学 位 |  | 专 业 |  |
| 健康状况 |  | 身份证号码 |  | 手机号码 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业院校 |  |
| 电子邮箱 |  | 现住址 |  |
| 招募对象类别 | □普通高校应届毕业生□符合条件的公共卫生特别服务岗人员 | 是否属于优先招募范围 | □是□否 | 优先招募原因（填写代码） |  |
| 教育经历 | 起止时间 | 学校名称 | 专业 | 学历 | 学习方式（全日制或非全日制） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 关系 | 姓名 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **本人承诺：本人自愿参加成都市武侯区卫生健康局所属事业单位2025年医疗卫生辅助岗招募，保证本人填报的信息与提供的材料真实、正确、有效。若有虚假成分，一切后果自负。****本人签字（手印）： 年 月 日** |

备注：1.请自行下载该表填写，请勿改变表格格式；请插入本人近期一寸免冠证件彩照并A4纸彩色打印；

 2.“是否属于优先招募范围”选“是”的，请填写**“优先招募原因”代码，“1”为户籍在脱贫地区、民族地区的，“2”为脱贫家庭、低保家庭、零就业家庭毕业生**，并在报名时一并提供支撑材料。