金堂县2025年招募医疗卫生辅助岗项目人员报名表

**报考岗位： 填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 民 族 | |  | 户籍所在地 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 | |  | 学 位 |  | 专 业 |  |
| 身份证号码 | |  | | | 手机号码 |  | |
| 现住址 | |  | | | 邮箱地址 |  | |
| 教  育  经  历 | 起止  时间 | 学校名称 | | | 专业 | 学历 | 学习方式 |
|  |  | | |  |  | □全日制 □非全日制 |
|  |  | | |  |  | □全日制 □非全日制 |
|  |  | | |  |  | □全日制 □非全日制 |
| 家庭主要成员  情况 | | 与本人关系 | | | 姓名 | 工作单位及职务 | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
| 本人承诺 | | 本人自愿参加金堂县2025年医疗卫生辅助岗项目人员招募，保证本人相关信息真实。 | | | | 本人签字： | |

**备注：1.报考岗位填写选项：公共卫生岗、医疗卫生岗；**

**2.“户籍所在地”填写至县（市、区）。**