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）。**