附件2

**宁南县2025年公开招募医疗卫生辅助岗人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | | | | 出生年月 |  | | 贴  照  片  处 |
| 民族 |  | | 籍贯 |  | | | | | 政治面貌 |  | |
| 学历学位 |  | | 毕业院校及专业 | | | | | |  | | |
| 毕业时间 |  | | | 报考岗位 | | | | |  | | |
| 报考类别（选填“应届毕业生、公共卫生特别服务岗岗人员”） |  | | | | | □ 户籍为脱贫地区 □ 户籍为民族地区 □ 脱贫户家庭毕业生 □ 低保家庭毕业生 □ 零就业家庭毕业生 | | | | | | |
| 联系方式 |  | | | 身份证  号码 | | | | |  | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 个  人  学  习  工  作  简  历 |  | | | | | | | | | | | |
| 受  奖  励  处  分  情  况 |  | | | | | | | | | | | |
| 主  要  特  长 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | | | 出生年月 | | | 政治面貌 | | | 工作单位及职务 | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
| 本人承诺：1、本人自愿参加2025年医疗卫生辅助岗招募计划，保证本人相关信息真实、无隐瞒真实的情况。2、本人将按照规定的时间及时前往相应服务地报到，并服从岗位分配，除不可抗力外，不以任何理由拖延。3、服务期间，本人将自觉遵守国家法律和相关管理规定，爱岗敬业，尽职尽责。  考生本人签字（手签并按指印）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 资格审  查意见 | （用人单位盖章）  年 月 日 | | | | | | 聘用  意见 | | （用人单位或主管部门盖章）  年 月 日 | | | |

说明：1.本表使用A4纸型双面打印；2.需要补充说明事项，可单独附材料说明；

3.文档按“单位名称+岗位名称+姓名+联系方式”格式命名。