|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |
| 大邑县卫生健康局2025年医疗卫生辅助岗报名表 |
| **报名岗位：** |  | **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** |  |
| **健康状况** |  | **是否为符合条件的公共卫生特别服务岗人员（是/否）** |  |
| **身份证号码** |  | **手机号码** |  |
| **现住址** |  | **电子邮箱** |  |
| **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）** |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **家庭主要成员情况** | **关系** | **姓名** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **本人承诺** | **本人自愿参加大邑县卫生健康局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，否则取消录用资格。** | **本人签字（手印）：** |