附件2

四川天府新区2025年医疗卫生辅助岗位

招募报名表

服务单位： 招募岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |   | （近期2寸免冠证件照） |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 籍 贯 |   | 户籍所在地 |  |
| 身份证号码 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职称及等级 |  | 取得职业资格证书 |  |
| 熟悉专业及特长 |  | 联系电话及电子邮箱 |  |
| 全日制学历学位 |  | 全日制毕业院校及专业 |  |
| 在职教育学历学位 |  | 在职教育毕业院校及专业 |  |
| 教育经历（从高中填起） | 起止时间 | 学校及专业 | 学历学位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 实 习及工作经历 | 起止时间 | 工作单位、部门 | 职务/职称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 其他需要说明的情况 |  |
| 本人承诺上述表格中所填写的内容真实、完整，如有虚假愿承担一切责任。 本人确认签名： 年 月 日 |
| 用人单位意见 |  |
| 主管部门备案意见 |  |
| 备注:1.此表请正反双面打印，可另附页填写； 2.招募人员须保证所填内容准确真实，如有虚假情况，一经查实将取消招募资格； 3.本表一式两份，分别存入主管部门、服务单位。  |