附件2

成都经开区（龙泉驿区）2025年面向社会公开

招募医疗卫生辅助岗项目人员报名资格审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月****（ 岁）** |  | **彩色寸照** |
| **民族** |  | **籍贯** |  | **出生地** |  |
| **政治****面貌** |  | **健康****状况** |  | **身高** |  |
| **英语****等级** |  | **其他技能等级** |  | **联系电话** |  |
| **执业/职称资格情况** |  | **注册专业** |  |
| **普通高等****教育学习经历** | **学历****学位** | XX学历（XX学位） | **毕业院校****系及专业** |  |
| **学历****学位** | XX学历（XX学位） | **毕业院校****系及专业** |  |
| **规培****经历** | **规培****医院** |  | **起止****时间** |  |
| **专业****方向** |  |
| **是否为户籍在脱贫地区、民族地区的，或脱贫家庭、低保家庭和零就业家庭的毕业生** | 若是，请填写具体类别 |
| **学习、实习等经历** |  **从高中阶段开始填** **如：2013.09-2016.06 XX省XX市XX区XX中学读高中；** |
| **获奖及担任班干部****情况** |  |
| **家****庭****主****要****成****员****及****社****会****关****系** | **称 谓** | **姓 名** | **出生年月** | **政治****面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **何时何地受过何种处分** |  |
| **其他需要说明的问题** |  |
| **本人 承诺** | **我保证本人为离校未就业毕业生，本表格中所填写的内容及提供的材料真实、完整，如有虚假愿承担一切责任。****签名：** **年 月 日** |
| **资格审查****意见** | **初审人员意见：** **签名： 年 月 日****复核人员意见：****签名： 年 月 日** |

**联系电话（必填）： 电子邮箱：**