附件2：

天全县2025年医疗卫生辅助岗

招募报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照 片（一寸彩照） |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 毕业学校及专业 |  | 学 历 |  |
| 毕业时间 |  | 就业状态 | 是/否 |
| 家庭地址 |  |
| 入学前户籍所在地 |  |
| 优先录取情形 | 无/脱贫家庭/低保家庭/零就业家庭 |
| 报考岗位 | A、医疗服务辅助岗 （ ）B、公共卫生服务辅助岗 （ ）C、后勤保障事务服务岗 （ ） | 报考岗位代码： |
| 取得卫生专业技术资格类型 |  | 取得相应资格时间 |  |
| 个人简历 |  |
| 所受奖励和处分情况 |  |
| 本人承诺 | 1、本人自愿参加天全县2025年医疗卫生辅助岗招募计划，保证本人相关信息真实。2、本人将按照规定的时间及时前往相应招募地报到，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：年 月 日 |
| 备 注 |  |