附件2

公开招募医疗卫生辅助岗报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | 是否属于优先招募范围（是/否） |  | 优先招募原因 |  |
| 身份证号码 | |  | | | 手机号码 |  | |
| 报考单位 | |  | | | 岗位名称 |  | |
| 现住址 | |  | | | 报考者身份 | 应届毕业生/公共卫生特别服务岗人员 | |
| 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 |
|  |  | | |  |  | □全日制 □非全日制 |
|  |  | | |  |  | □全日制 □非全日制 |
| 工作经历 | |  | | | | | |
| 家庭主要成员情况 | | 关系 | | | 姓名 | 工作单位及职务 | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
| 本人承诺 | | 本人自愿参加四川省2025年医疗卫生辅助岗位招募，保证本人填报的信息与提供的材料真实、正确、有效。 | | | | 本人签字（手印）：  2025年 月 日 | |
| **备注：1.“户籍所在地”填写至县（市、区）；2.“是否属于优先招募范围”选“是”的，请填写“优先招募原因”，并在提供材料时一并提供支撑材料；3.教育经历，从高中开始，不间断。** | | | | | | | |