附件2

攀枝花市2025年医疗卫生辅助岗招募报名登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片（一寸彩照） |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | 学历 |  |
| 学校及专业 |  |
| 毕业时间 |  | 是否已就业 |  |
| 入学前户籍所在地 |  |
| 联系电话 |  | 电子信箱 |  |
| 家庭地址 |  |
| 报考岗位 |  | 是否服从调剂 |  |
| 个人简历 |  |
| 所受奖惩情况 |  |
| 本人承诺 | 1、本人自愿参加攀枝花市2025年医疗卫生辅助岗位招募计划，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：此表正反双面打印。