附件2

广元市昭化区2025年医疗卫生辅助岗招募

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照  片 |
| 出生地 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  | |
| 毕业证书  编 号 |  | | | 健康状况 |  | |
| 户口所在地  （因升学迁出的填入学前的） |  | | | 招募单位 |  | |
| 岗位名称 |  | | | 岗位编码 |  | |
| 是否属于优先招募范围  （是/否） |  | | | 优先招募  原 因 |  | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 个人简历  (从高中开始,  不间断） |  | | | | | |
| 主要社会  关系 |  | | | | | |
| 资格审核  结果及意见 |  | | | | | |
| 本人自愿参加昭化区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）： | | | | | | |