附件2

游仙区2025年医疗卫生辅助岗位

招募报名表

招募单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 出生年月 |  | 寸照 |
| 民  族 |  | 政治面貌 |  | 入党时间 |  |
| 健康状况 |  | 户  籍所 在 地 |  | 专业技术职称及取得时间 |  |
| 是否属于优先招募范围 |  | 优先招募原 因 |  | 是否愿意区内调剂 |  |
| 身 份 证号  码 |  | 手机号码 |  |
| 通讯地址 |  | 报考人员类 别 | 25年应届毕业生/择业期未就业人员/公共卫生特别服务岗人员 |
| 学 历学 位 |   | 所学专业 |   |
| 毕 业院 校 |   | 毕业时间 |   |
| 家庭详细地 址 |    |
| 个人简历（高中起） |      |
| 与招募岗位相关的实践经历或取得的成绩、资格证书等 |  |
| 家庭成员及主要社会关系情况 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 政 治面 貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 招募人员承诺 | 本人承诺填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合招募岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺放弃招募资格，并承担由此造成的一切后果。                报考人签名：        年   月   日 | 资格审查意见 |  审查人签名：         年  月  日  |
| 备  注 | 1.招募人员须如实填写以上内容，如填报虚假信息者，取消招募资格；2.考生需保持联系方式有效、畅通，以便联系。 |