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。 | | | | | | | | | | |