|  |
| --- |
| 附件2剑阁县2025年医疗卫生辅助岗招募报考信息表 |
| 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 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 报考岗位名称 |  | 报考岗位编码 |  |
| 是否属于优先招募范围（是/否） |  | 优先招募原因 |  |
| 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 |  |
|  本人自愿参加剑阁县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，否则所引起的一切后果自己承担。 |
| 本人签字（手印）： 确认日期： 年 月 日 |