附件2

市本级2025年医疗卫生辅助岗报名信息表

报名时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 出生地 |  |
| 学历学位 |  | | 所学专业 |  | |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  |
| 健康状况 |  | 身份证号 |  | | | |
| 联系电话 |  | | 联系邮箱 | |  | |
| 报考岗位 |  | | 是否服从调剂 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 个人简历 | （请详细描述各层级学历学习情况及工作情况，从大学开始） | | | | | |
| 获得过何种证书，有何专长 |  | | | | | |
| 所受奖惩  情况 |  | | | | | |
| 考生  承诺 | 1.表内基本信息及本人提供的相关材料真实可信，如有虚假，本人负完全责任。  2.本人承诺在招募过程中遵纪守法、诚信应考、不作弊、不违纪。  （打印后手写签名并扫描后发送至邮箱，打印时请删除括号内的内容）  承诺人签字： 年 月 日 | | | | | |