

附件 2

达州市 2026 年医疗卫生辅助岗报名登记表

姓 名		性 别			照 片
民 族		出生年月			
政治面貌		健康状况			
身份证号码		学 历		毕业院校 及专业	
入学前户 籍所在地			是否已就业		
毕业时间			年 月		
联系电话			电子信箱		
家庭地址					
服务志愿地	可选择达川区或达州高新区或达州东部经开区（只能选填一个）				
报考岗位编码					

个人简历	
大学期间 奖励和处分	
本人承诺	1.本人自愿参加达州市达川区（达州高新区、达州东部经开区）2026 年医疗卫生辅助岗报名招募计划，保证本人相关信息真实。 2.本人将按照规定的时间及时前往相应招募地报到，并服从岗位分配，除不可抗力外，不得以任何理由拖延。 3.服务期间，本人将自觉遵守国家法律和相关管理规定，爱岗敬业，尽职尽责。 考生本人签字：_____ _____ 年 月 日
备 注	此表正反双面打印。