附件2：

**2025年苍南县卫生健康系统面向社会招聘编外辅助人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证号 | | |  | | | | | 贴  一  寸  近  照 |
| 性别 |  | | 出生年月 | | |  | | 何时参加何党派 | |  |
| 民族 |  | | 婚姻状况 | | |  | | 户籍 | |  |
| 毕业院校 |  | | | | | 专业 |  | | | 学历 |  |
| 报考单位 |  | | | | | | 执业/专业技术资格 | | |  | |
| 岗位代码 |  | 岗位 | |  | | | 联系电话 | | |  | |
| 个人  简历 |  | | | | | | | | | | |
| 主要  家庭  成员 | 称谓 | 姓名 | | | 出生年月 | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  |  | | |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | |  | | |
| 报名资格审查 | 签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 局组织人事科审核意见 | 审核人：  年　 月 　 日 | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | |

本人签名： 日期： 　 年 　 月 　 日

注：1、报考人员须如实填写，如有虚假，后果自负；

2、个人简历根据经历分段填写。