附件3

南部县2025年医疗卫生辅助岗报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片（一寸彩照） |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | 学历（学位）专业 |  |
| 毕业时间 |  | 是否已就业 |  |
| 毕业学校及毕业证书编号 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 家庭地址 |  |
| 报考岗位 |  | 报考单位 |  |
| 勾选项 | 如有下列情况（需提供相关印证资料），请在符合的□内勾选：□户籍在脱贫地区的毕业生 □户籍在民族地区的毕业生 □脱贫家庭的毕业生 □低保家庭的毕业生 □零就业家庭的毕业生 |
| 简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 本人承诺 | 1.本人自愿参加四川省2025年医疗卫生辅助岗招募，保证本人相关信息真实。2.本人无违规违纪违法行为，无失信被执行情况。3.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，不以任何理由拖延。4.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。报考者本人签字：　　　　　　　　　　　　　　年 月 日 |

备注：此表正反双面打印，一式两份。