附件2

通江县2025年医疗卫生辅助岗招募报考信息表

报名序号：　　　　　　　　　　　 报名时间：　　　　　　　　　　　 考试编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 户口所在地（因升学迁出的填入学前的） |  | 招募单位 |  |
| 岗位名称 |  | 岗位编码 |  |
| 报考者身份 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 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 |  |
| 注：请报考者认真阅读《公告》等后如实填写。所学专业和学历必须完全按照毕业证书上载明的专业和学历如实填写；报考者隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，由招募主管机关取消报考者的报考及招募资格；联系电话从报名到公示期间均应保持畅通；否则，所造成的一切损失由报考者本人承担。 |