附件2

2025年蒲江县医疗卫生辅助岗招募报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 政治面貌 |  |
| 籍贯 |  | 家庭住址 |  |
| 最高学历 |  | 毕业学校及所学专业 |  | 入学时间 |  |
| 最高学位 |  | 联系电话 |  | 毕业时间 |  |
| 何时取得何种执业资格或何种专业技术职称 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 个人简历 |  |
| 何时参加何种培训达到何种程度 |  |
| 何时何地获得何种奖励 |  |
| 本人承诺 |  本人以上所填内容和报名、资格复审时提供的各类资料均真实有效，如弄虚作假，造成的损失由本人自行承担。  报考者签名： |
| 资格审查意见 |  审查人： 年 月 日 |