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 | | | | | | | | | | | |