附件2

成都市新津区卫健系统2025年医疗卫生

辅助岗报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 籍 贯 |  | 照片 |  |
| 民 族 |  | 出生年月 |  | 出 生 地 |  |  |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 |  |  |
| 健康状况 |  | 身 高 |  |  |
| 政治面貌 |  | E-Mail |  |  |
| 现在住址 |  | 联系电话 |  |  |
| 学历（学位） |  | 毕业院校及专业 |  |  |
| 报考单位 |  | 报考人员类别 | 应届毕业生/择业期未就业人员/公卫志愿者 |  |
| 执业资格证 |  | 职称 |  |  |
| 获得荣誉及其他资格证书 |  |  |
| 个人特长  及自我评价 |  |  |
|  |
|  |
| 学习（工作）经历 |  |
| 起止时间 | 单位及职务 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭成员 |  |
| 姓名 | 称谓 | 单位（住址）、职务 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人符合报考条件，且对填报的内容和所提供材料的真实性负全部责任。本人签字： |  |
| 资格审核结果： 初审人签字： 复核人签字： 年 月 日 |  |

备注：1.本表请正反面打印在一张纸上

 2.网络报名请提交Word版本