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