附件2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **报考岗位名称** |  | **报考岗位编码** |   | **贴照片处** |
| **姓 名** |  | **性 别** |   |
| **民族** |  | **政治面貌** |  |
| **联系电话** |  |
| **身份证号码** |  | **年龄****(周岁)** |  |
| **全日制教育** | **学历学位** |  | **毕业院校及专业** |  |
| **在职****教育** | **学历学位** |  | **毕业院校及专业** |  |
| **现工作单位** |  | **职务（职称）** |  |
| **何时取得何种专业技术任职资格** |  |
| **何时担任现职（具体从事何种工作）** |  |
| **报考单位** |  |
| **考生承诺** | **本人承诺：报名资格审查表填写内容准确属实,如有笔误，由本人承担责任。如有隐瞒或提供虚假材料，取消报考或调动资格。** **承诺人签名：**  |
| **报名资格审核意见** | **审查人员签名： 年 月 日** |
| **备注** |  |

盐源县2025年医疗卫生辅助岗位招募报名登记表