附件2

宣汉县2025年医疗卫生辅助岗招募报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性别** | |  | | **出生年月（ 岁）** |  | **近期免冠**  **一寸照片** |
| **民族** |  | | **籍贯** | |  | | **政治面貌** |  |
| **身份证**  **号码** |  | | | | | | **健康状况** |  |
| **报考岗位** |  | | | | | | **岗位**  **代码** |  | |
| **是否同意调剂**  **调剂岗位代码** |  | | | | | | **卫生资格及**  **取得时间** |  | |
| **毕业院校** |  | | | | | | **所学**  **专业** |  | |
| **毕业证书 编号** |  | | | | | | **毕业**  **时间** |  | |
| **是否原公共卫生特别服务岗** |  | | | | | | **原公卫岗服务单位** |  | |
| **家庭住址** |  | | | | | | | | |
| **个**  **人**  **简**  **历** | **20XX.XX—20XX.XX 在XX高中学习**  **20XX.XX—20XX.XX**  **……** | | | | | | | | |
| **家庭成员**  **及主要**  **社会关系** | **称谓** | **姓名** | | **年龄** | | **政治面貌** | | **现工作单位**  **及职务或职称** | |
|  |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |
| **注：家庭成员只填丈夫（妻子）、儿子（女儿）、父亲、母亲** | | | | | | | | |
| **所受奖惩**  **情况** |  | | | | | | | | |
| **报考人员诚信承诺书**  **本人已仔细阅读《宣汉县2025年医疗卫生辅助岗招募公告》，理解其内容，符合岗位条件要求。现郑重承诺：本人所提供的个人信息、各类证明材料、证件均真实有效，本人将自觉遵守本次公开招募的各项规定。因违反以上承诺，取消招募资格，由本人承担相关责任。**  **报考人员签字： 年 月 日** | | | | | | | | | |
| **加分项目** | **1.取得所学专业相应卫生初级资格，加 分；**  **2.取得所学专业相应卫生中级资格，加 分；**  **3.公共卫生特别服务岗，加 分。** | | | | | | | | |
| **审**  **核**  **意**  **见** | **审核人：**  **年 月 日** | | | | | | | | |

**注：此表正反双面打印。此表由报考者本人填写，请报考者如实详尽真实准确地填报个人资料，如所填信息与事实不符，或提供虚假材料的，将取消报考资格，后果由报考者自负。**