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。**