附件：

公开招募医疗卫生辅助岗报名表

**填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 民 族 | |  | 户籍所在地 | |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 | |  | 学 位 | |  | 专 业 |  |
| 健康状况 | |  | 是否属于优先招募范围（是/否） | |  | 优先招募原因（填写代码） |  |
| 身份证号码 | |  | | | | 手机号码 |  | |
| 现住址 | |  | | | | | | |
| 教  育  经  历 | 起止  时间 | 学校名称 | | | | 专业 | 学历 | 学习方式 |
|  |  | | | |  |  | □全日制 □非全日制 |
|  |  | | | |  |  | □全日制 □非全日制 |
|  |  | | | |  |  | □全日制 □非全日制 |
| 家庭主要成员情况 | | 关系 | | 姓名 | | 年龄 | 工作单位及职务 | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
| 本人承诺 | | 本人自愿参加四川省2025年医疗卫生辅助岗招募，保证本人相关信息真实。 | | | | | 本人签字： | |

**备注：1.“户籍所在地”填写至县（市、区）；**

**2.“是否属于优先招募范围”选“是”的，请填写“优先招募原因”代码，“1”为户籍在脱贫地区的，“2”为户籍在民族地区的，“3”为脱贫家庭，“4”为低保家庭，“5”为零就业家庭，并在提供材料时一并提供支撑材料。**