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。**