附件2：

**2023年苍南县卫生健康系统面向社会招聘120编外**

**辅助人员岗位报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 贴一寸近照 |
| 性别 |  | 出生年月 |  | 何时参加何党派 |  |
| 民族 |  | 婚姻状况 |  | 籍贯 |  |
| 学历学位 |  | 毕业学校 |  |
| 联系电话 |  | 家人联系电话 |  |
| 个人简历 |  |
| 主要家庭成员 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 县卫健局审核意见 | 年　 月 　 日 |
| 备注 |  |

本人签名： 日期： 　 年 　 月 　 日

注：1、报考人员须如实填写，如有虚假，后果自负；

2、个人简历根据经历分段填写。