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。