**附件2：**

**色达县招募医疗卫生辅助岗位工作人员**

**报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 年龄 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 所学专业  |  |
| 学历水平 |  | 健康情况 |  |
| 户籍所在地 |  县（区） 乡（街道） 村（社区） |
| 身份证号码 |  |
| 本人联系电话 |  | 紧急联系电话 |  |
| 报考单位 |  |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 个人简历 | 　 |
| 个人诚信承诺 |  上述填写内容真实完整，符合招募公告所有条件及要求。如有不实或不符，取消招募资格或聘用资格，由本人自行承担一切后果和责任。 承诺人（手印）：  年 月 日 |