**厦门大学附属翔安医院辅助岗报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **出生年月** |  | 相片 | |
| **政治面貌** |  | **国籍** |  | | **户籍所在地** | |  |
| **毕业院校**  **及专业（方向）** |  | | | | **毕业时间** | |  |
| **身份证号** |  | | **学历** |  | **学位** | |  |
| **现工作单位**  **及 职 务** |  | | | | **外语水平** | |  | | |
| **专业技术职务 任职资格** | **未取得**□  **已取得专业技术资格类别**  □医疗□护理□药学□技术类  **已取得专业技术职务等级**  □初级□中级□高级 | | | | **有无重大伤病、疾病、传染病、遗传病或慢性病史** | |  | **紧急联络人及电话** |  |
| **移动电话** |  | | | | **电子邮件** | |  | | |
| **联系地址**  **(邮编)** |  | | | | | | | | |
| **个**  **人**  **简**  **历**  **（从高中起）** | **起止年月** | | **工作(学习)单位** | | | | | **职务** | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
| **报考信息** | **报考岗位名称** | |  | | | | **岗位代码** |  | |
| **报**  **考**  **人**  **签**  **名** | 本人确认符合报考岗位所需的资格条件，提供的材料真实、有效，如审核不符，承诺自动放弃考试和聘用资格。  报考人签名：  年 月 日 | | | | **招聘**  **单位**  **资格**  **审核**  **意见** | | 审核人签名： 年 月 日 | | |

备注：报考人应对所填报资料的真实性负责，如弄虚作假，即取消考试资格或聘用资格。