**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。