

## 附件2

成都市第二人民医院  
2026年医疗卫生辅助岗报名表

姓名		身份证号				
性别		出生年月 (岁)		政治 面貌		照片
毕业 时间		毕业院校		学历		
学位		所学专业		籍贯		
联系电话 及联系邮箱			报考岗位 名称			
现工作单位及 职务						
现居住详细 地址						
主要学习工作 经历						
所属招募对象 类型	类型					打“√”
	1.普通高校2026届医学专业大专及以上学历毕业生					
	2.符合条件的公共卫生特别服务岗人员					
获奖 情况	名称		发证单位	发证时间	奖励层次	
有何特长						
报考真实性 签字	签字:					