附件1：

**拉萨市卫健委、拉萨市卫生职工学校**

**公益性岗位人员招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | **（照片）** |
| 民族 |  | 户籍 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |
| 文化程度 |  | 专业 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话 |  |
| 应聘单位名称 |  |
| 应聘岗位名称 |  |
| 本人简历 |  |
| 本人承诺：以上信息真实可靠，所提供的应聘材料和证书（件）均为真实有效，如有虚假，本人愿承担一切责任。承诺人签名：2024年 月 日 |
|  资格审查者签名：  2024年 月 日 |

注：本表一式两份。

附件2：

**拉萨市卫健委、拉萨市卫生职工学校**

**公益性岗位人员招聘体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 联系电话 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 聘用岗位 |  |
| 既 往 病 史本 人 如 实 填 写 | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病5.精神病 6.其他 受检者确认签字：  |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫视正力 | 右 |  矫正度数 | 右 | 医师意见：签名： |
| 左 | 左 | 左 |
| 辩 色 力 |   | 医师意见：签名： |
| 听 力 | 左 耳 米 | 右 耳 米 | 医师意见：签名： |
| 鼻 | 嗅 觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 面 部 |   | 咽 喉 |   |
| 口 腔唇 腭 |   | 牙齿 |   | 医师意见：签名： |
| 是 否口 吃 |   | 发 音 是否 嘶 哑 |   |
| 外科 | 身 高 | 公分 | 体 重 | 公斤 | 医师意见：签名： |
| 淋 巴 |   | 脊 柱 |   |
| 四 肢 |   | 关 节 |   |
| 皮 肤 |   | 颈 部 |   |
| 其 它 |   |
| 内科 | 营养状况 |   | 医师意见：签名： |
| 血 压 |   |
| 心脏及血管 |   |
| 呼吸系统 |   |
| 腹部器官 |   |
| 神经及精神 |   |
| 其它 |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 化验检查 | 淋球菌 |   | 滴 虫 |   | 医师意见：签名： |
| 梅毒螺旋体 |   | 外阴阴道假丝酵母菌(念珠菌) |   |
| 胸 部 透 视 |   | 医师意见：签名： |
|  粘 贴 报 告 单 |
| 体检结论 | 负责医生签名： |
| 体检意见 | 体检医院盖章 年 月 日 |

说明：1.“既往病史”指肝炎、结核、皮肤病、性传播性疾病、精神病和其他病史，受检者应如实填写，并签字确认；2.滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）指妇科检查项目；3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。3.体检前必须贴有本人1寸彩色近照；4.体检表中个人基本资料如实填写齐全；5.体检当日早晨须空腹（禁食、禁水）；6.本表须A4规格纸张正反双面下载。

附件3：

**拉萨市卫健委、拉萨市卫生职工学校**

**公益性岗位人员招聘政审表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | **（照片）** |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |
| 学 历 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 健康状况 |  | 婚姻状况 |  |
| 联系电话 |  | 家庭地址 |  |
| 所在村（居）委会对考生及家庭主要成员政审 意见 | 签名（章） 年 月 日 |
| 户籍所在地派出所对考生及家庭主要成员政审 意见 | 签名（章） 年 月 日 |