**2020年度诸暨市卫生健康公开招聘医学类事业单位工作人员**

**报 名 表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 免冠一寸照 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 全日制最高学历 |  | **报考岗位** |  |
| 毕业院校（与最高学历对应） |  | 所学专业 |  |
| 学 制 |  | 毕业时间 |  | 职称 |  |
| 执业证号 |  | 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 手机号码 |  | 家庭电话 |  | 其他号码 |  |
| 身份证号 |  |
| 家 庭通讯地址（详细） |  | 户口所在地（详细） |  |
| 学习和工作简历（从大学填起） |  |
| 本人声明：上述填写内容和所递交的资料真实完整，如有不实，本人愿承担一切法律责任。申请人签名(用手工签名)：  2020年 月 日 |
| 审核意见 | 初审人（签名）： | 复审人（签名）： |

注：1.填表内容必须真实，如有虚假取消聘用资格。

2.所提供的通讯联系方式必须真实有效，如因填写错误无法联系，后果自负。