附件2

诸暨市第五人民医院公开招聘

硕士博士研究生报名表

 应聘岗位：临床岗位 报名编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 身份证号 |  | 户 籍 |  |
| 现就读高校、专业 |  |
| 本科录取入学批次 |  | 本科学校 |  | 专业 |  |
| 执业资格证号 |  | 家庭地址 |  |
| 联系电话 |  | 通讯地址 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 曾获荣誉 | 1.获省级及以上卫计行政部门（或人社部门）举办的医学技能竞赛情况：2.获省政府及以上奖学金情况：获一等奖学金情况：获二等奖学金情况：3.其它： |
|  本人申明：上述填写内容和所递交的资料真实完整，如有不实，本人愿意承担一切法律责任。 申请人（签名）： 年 月 日 |
| 资格审核意见 | 量化初评分： 初核人签字：  审核人签字： （盖章） 年 月 日 |

注：1. 填写内容必须真实，如有虚假取消录用资格。

2．通讯联系方式必须真实有效，如因填写错误无法联系的，责任自行承担。

3．有关证明材料（原件及复印件）：身份证、学生证、毕业证书、就业推荐表等在资格审查时递交。