附件：5

诸暨市卫生健康局公开招聘编外卫生专业技术人员报名表

**应聘单位：** **应聘岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | 出生年月 |  | | 贴照片 |
| 政治  面貌 |  | | | 民族 | |  | 籍 贯 |  | |
| 身高(cm) |  | | | 体重(kg) | |  | 职 称 |  | |
| 全日制最高学历 |  | | | 毕业时间 | |  | 毕业院校 |  | | |
| 所学专业 |  | | | 学制 | |  | 后学历及专业 |  | | |
| 户口  所在地 |  | | | | | | 身份证号 |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | 手机号码 |  | | |
| 是否  在岗 |  | | | | 现工作单位及工作时间 | |  | | | |
| 执业证书编号（或执业考试成绩） | | |  | | | | 是否服从调剂 | |  | |
| 学习  和工作  简历 |  | | | | | | | | | |
| 本人报名表中填写个人信息均准确、真实；本人所提交的学历等材料真实有效；如本人有违背，自愿放弃招聘，承担一切后果。  申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | 审核人（签名）： | | | | | | | | |

注：1.应聘单位：人民医院医共体、中医医院医共体、中心医院医共体、其他卫生健康单位四选一；应聘岗位指护理、临床、放射等。

2.填写内容必须真实,如有虚假取消录用资格。

3.联系方式必须真实有效，如因填写错误无法联系，影响招聘录用，责任自负。

4.有关证明材料（原件及复印件）：身份证、毕业证书、学信网电子注册备案表、户口簿（或户籍证明）、执业资格证书、职称证书、社保缴费清单（历届生）。