附件2

诸暨市第五人民医院公开招聘编外卫生专业技术人员报名表

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 |  |
| 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）： |

备注：1.填写内容必须真实,如有虚假取消录用资格。

2.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。

3.有关证明材料（原件及复印件）：身份证、毕业证、执业资格证书、职称证书、社保缴费清单（历届生）等，交人事科审核。