

附件 2

诸暨市卫生和计划生育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		
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		
现家庭住址				联系电话		
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						
本人声明: 上述填写内容和所递交的资料真实完整, 如有不实, 自愿放弃招聘。						
<p style="text-align: center;">申请人(签名): _____ 年 月 日</p>						
审核意见	<p style="text-align: center;">审核人(签名): _____</p>					

- 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、毕业证书、**学信网**上电子注册备案表、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)。