附件2

**诸暨市第四人民医院公开招聘编外工作人员报名表**

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 |  |
| 学历 |  | 毕业时间 |  | 毕业院校 |  |
| 所学 专业 |  | 学制 |  | 学历性质 |  |
| 户口所在地 |  | 身份证号码 |  |
| 现家庭　住址 |  | 联系电话 |  |
| 执业证书编号（或执行考试成绩） |  |
| 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，本人愿意承担一切法律责任。 申请人（签名）： 年 月 日 |
| 审核意见 |  审核人（签名）： |

注：1. 填写内容必须真实,如有虚假取消录用资格。

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。

3．本人有效期内身份证、学历证明、毕业证书、执业资格证（合格成绩单）、社保清单（历届生）等岗位所需相关资料原件、复印件一份及一寸彩照一张等，在资格审查时递交医院党建室。