**2020年诸暨市基层医疗机构下属村社区卫生服务站招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 出生  年月 |  | 近期  蓝底免冠  一寸照 |
| 政治面貌 |  | | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 毕业院校 |  | | | | 学历 |  |
| 专业 |  |
| 手机号码 |  | | | | | 其它联系方式 |  |
| 身份证号码 |  | | | | | 家庭联系电话 |  |
| 家 庭  通讯地址 |  | | | | | | |
| 现居住、  学习地 |  | | | | | | |
| 学习  简历  （从高中填起） | XXXX.0X—XXXX.XX 在XX（高中）读书；  XXXX.XX—今 在XX（大学）XX院系XX专业读书；  （其中：XXXX.XX—XXXX.0X 在XX单位实习） | | | | | | |
| 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，本人愿承担一切法律责任。  申请人（手工签名）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 审核意见 | | 初审人（签名）： | | | | 复审人（签名）： | |

\*注：1.此表内容须打印，签名处手写。内容必须真实，特别是毕业专业必须同毕业时所发《毕业证书》上所填写的专业相一致，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且保持畅通，如因错填无法联系，后果自负。