诸暨市卫生健康局编外工作人员招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近 期蓝底免冠一寸照粘贴处 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍　贯 |  |
| 毕业时间毕业院校 |  | 学　历学 位 |  |
| 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、工作简历**（从高中填起，至今为止） |  |
| 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（本人手写签名）： 2022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，如有虚假取消应聘资格。

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。