附件3

2020年德清县卫生健康系统择优签约卫技人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情况** | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 户籍 |  | （贴照片处） |
| 户 籍所在地 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **报名情况** | 应聘单位 |  |
| 应聘岗位 |  |
| **教育工作情况** | 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 工作单位 |  | 专业技术资格 |  |
| 个人简历（从高中段起） |  |
| 获得奖项 |  |
| **本人承诺：**本人符合报名条件要求，在报名表中填报的信息真实、准确、一致。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。如有弄虚作假或填写错误，由本人承担一切后果，并自愿接受有关部门的处理。本人签名： 年 月 日 |
| 资格审核意见 |   审核人： 年 月 日 （盖章） |