附件1

衢州市柯城区医疗卫生事业单位面向院校招聘2021年应届医学类毕业生报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **报考单位** |  | **报考岗位** |  | **照片** |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **籍贯** |  |
| **政治面貌****及入党时间** |  | **身高（cm）体重（kg）** |  | **健康状况** |  |
| **身份证号** |  | **联系电话** |  |
| **毕业学校** |  | **学历** |  | **学位** |  |
| **家庭住址** |  | **学制** |  | **是否服从分配** |  |
| **个人简历（从高中开始）** |  |
| **奖惩情况** |  |
| **诚****信****声****明** | **兹保证以上所填信息和提供的材料属实，同意招聘单位在整个招聘过程对本人报名材料的审核，如有不实，愿取消聘用资格，并承担一切后果。**　　　　　　　　　　　　**报名人手写签名：**　　　　　　　　　　　　　　**年 　 月　 日** | **资****格****审****查** |  |