**附件2：**

**2021年诸暨市人民医院第二次公开招聘高层次人才报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | 出生年月 |  | 照片粘贴处 | |
| 政治面貌 | |  | 民 族 | |  | 籍 贯 |  |
| 身高(cm) | |  | 婚否 | |  | 有无执业  证书 |  |
| 第一学历（本科）  毕业专业 | |  | 毕业时间 | |  | 毕业院校 |  | | |
| 最高学历（研究生及以上）毕业专业 | |  | 毕业时间 | |  | 毕业院校 |  | | |
| 研究生学制 | |  | 研究生学历性质 | | □专业型 □学术型 | | | | |
| 应聘岗位 | |  | | | | 外语水平 |  | | |
| 现家庭住址 | |  | | | | 身份证号码 |  | | |
| 手机号码 | |  | | 家庭电话 | |  | 电子邮件 | |  |
| 学习（工作）  简历  （从高中填起） | |  | | | | | | | |
| 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（手工签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 审核意见 | 审核人： | | | | | | | | |

注：1. 填写内容必须真实，如有虚假取消录用资格。

2．通讯联系方式必须真实有效，如因填写错误无法联系的，责任自行承担。

3．有关证明材料原件及复印件。