附件2

**2023年嵊州市卫生健康系统公开招聘硕博士研究生报名表**序 号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  | 近期彩色照片（一寸） |
| 身份证号 |  | 学 历 |  |
| 现就读高校及专业 |  | 毕业时间（年份） |  |
| 本科就读高校及专业 |  | 本科毕业时间 |  |
| 执业资格证件名称 |  | 执业注册专业 |  |
| 本人手机号码 |  | 其他联系人及电话 |  |
| 家庭地址或通讯地址 |  | 户籍所在地 |  省 地市  县（市、区） |
| **报考志愿（只能选择一个岗位）** |
| 报考岗位序号及名称 |  |  | 招聘单位 |  |
| 个人简历（从高中或中专开始填写） |  |
| 何时何地何原因受过何种奖励或处分 |  |
| 考生承诺 | **上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿意承担被取消资格的责任。**承诺人签名（手写）： 年 月 日 |
| 报名资格审查意见 |   **审查通过** **□** **审查不通过** **□**  审查人签字： 年 月 日 |

**注：**1.此表一式一份，由考生本人逐项填写后打印，并在**“考生承诺”栏手写签名；**

2.招聘单位，报考岗位的序号及名称请按附件1计划表中内容正确填写。