**附件：**

**诸暨市卫生健康局下属市急救中心公开招聘编外聘用**

**人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  |  |
| 政 治　面 貌 |  | 民族 |  | 籍 贯 | |  |
| 学 历学 位 | 全日制  教 育 |  | | 毕业院校 | |  |
| 在 职  教 育 |  | | 毕业院校 | |  | |
| 现从事职 业 |  | | | 身份证号 | |  | |
| 职(执）业资格 |  | | | 职(执）业证书编号 | |  | |
| 通 讯　住 址 |  | | | 联系电话 | |  | |
| 工 作  简 历 |  | | | | | | |
| 本 人  签 名承 诺 | 本人承诺： 填写事项真实有效，如有伪造等问题，自动放弃此次招聘报名。  签名： 时间： | | | | | | |
| 审 核  意 见 | 初审人员（签名）：  2023年 月 日 | | | | 复审人员（签名）：  2023年 月 日 | | |