|  |
| --- |
| 附件1 |
|  **诸葛镇卫生院2024年招聘报名登记表** |
| 姓名 |  | 照片 |
| 性别 |  |
| 身份证号 |  |
| 出生日期 |  |
| 手机号码 |  |
| 报考岗位 |  |
| 政治面貌 |  | 现户籍所在地 |  |
| 第一学历层次 |  | 第一学历性质 |  |
| 第一学历毕业时间 |  | 第一学历毕业院校和专业 |  |
| 最高学历层次 |  | 最高学历性质 |  |
| 最高学历毕业时间 |  | 最高学历毕业院校和专业 |  |
| 取得资格证书 |  |
| 获得荣誉、表彰 |  |
| 个人简历(从高中填起至今) |  |
| 报名人声明 | 1.本人完全明白本次招聘的报名条件，并保证本人符合本次招聘的资格条件。2.本表所填信息正确无误，所提交的证件真实有效。3.本表所填内容如有不实，取消资格，由此产生的一切后果由本人承担。 本人签字：时 间：  |
| 资格审查意见 | 审查人签字： 时 间： |
| 备注 |  |