附件1：

**2017年乐清市卫计系统公开招聘**

**医药卫生类毕业生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 贴一寸近照 |
| 民族 |  | 性别 |  | 专业技术职　　称 |  |
| 毕业院校 |  | 专　　业 |  |
| 学历 |  | 毕业时间 |  |
| 户籍所在地 |  | 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 原籍所在地 |  | 通讯地址 |  | 手 　机 |  |
| 报考单位 |  | 报考单位代　　码 |  |
| 报考岗位 |  | 报考岗位代　　码 |  | 报名序号 |  |
| **本人声明：本人符合报名条件要求，在报名表中填报的信息真实、准确、一致。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。如有弄虚作假或填写错误，本人愿意承担取消招聘资格的责任后果，并自愿接受有关部门的处理。**申请人（签名）： 年 月 日 |
| 其 它 说 明 事 项 |  | 初　审　意　见 | 　审核人：年 月 日 | 贴一寸近照 |

**备注：1每个考生只能报考一个岗位。**