附件2：

绍兴市越城区人民医院公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 报考岗位 | |  | | 贴照片处 |
| 是否服从调配 | |  | |
| 性 别 |  | | 出生日期 | |  | |
| 籍 贯 |  | | 民 族 | |  | |
| 身份证号 |  | | 政治面貌 | |  | |
| 毕业院校 |  | 专业 | | |  | | |
| 毕业时间 |  | 毕业证书编号 | | |  | | |
| 学历/学位 |  | 职称 | | |  | | |
| 参加工作时间 |  | 执业资格 | | |  | | |
| 现户籍地 |  | | | | | | |
| 现工作单位 |  | | | 职 位职 务 | |  | |
| 家庭详细地址 |  | | | 手机 | |  | |
| 宅电 | |  | |
| 家庭主要成员简要情况说明(姓名、政治面貌、工作单位等) | 父亲: | | | | | | |
| 母亲: | | | | | | |
| 配偶: | | | | | | |
| 子女（出生年月日）： | | | | | | |
| 奖励情况（附原件和复印件） |  | | | | | | |
| 报名人声明 | 本表所填写的内容准确无误，所提交的资料完全真实。  报名人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 其 它 | **个人简历**请附页说明。不明之处可现场咨询。 | | | | | | |