附件：

绍兴市医疗保障局越城分局招聘编外工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性　别 |  | 出生年月(   周岁) |  | 照    片 |
| 民　族 |  | 籍　贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入　党时　间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职务 |  | 熟悉专业有何专长 |  |
| 学　历  |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 现工作单位 |  |
| 简     历 |  |
| 个人联系方式 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |