附件：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
| **绍兴第二医院医共体公开招聘报名表** | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生 日期 | |  | 婚否 |  | 贴照片处 |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 学位 | |  | 生源地 |  |
| 身份证号码 | |  | | | | | 现户口所在地 | |  |
| 毕业学校及专业 | |  | | | | | 是否全日制普通高校毕业生 | |  |
| 现工作单位 | |  | | | | | 专业工作年份 | |  |
| 专业技术资格 | |  | | | | | 执业资格 | |  |
| 家庭住址 | |  | | 家庭电话 |  | | 移动电话 | |  |
| 身份 | 应届生 | 事业单位工作人员 | | 临聘人员 | | | 社会人员 | | |
|  |  | |  | | |  | | |
| 报考岗位 | |  | | | | | | | |
| 学 习 工 作 简 历 | 请注明时间、单位、职务 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 家庭 主要 成员 情况 | 请注明关系、姓名、单位、职务 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 本人声明：上述填写内容真实完整，如有不实，本人愿承担一切法律责任。 申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 审核情况 |  | | | | | | | | |