湖州市医学会工作人员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |   | 性  别 |   | 照片 |
| 出生年月 |   | 民  族 |   |
| 政治面貌 |   | 专业名称 |   |
| 毕业时间 |   | 毕业院校 |   |
| 籍 贯 |   | 联系方式 | 电子邮箱 | 手  机 |
|   |   |
| 婚姻状况 |   | 身份证号码 |   |
| 现工作单位及岗位 |   |
| 家庭地址 |   |
| 获得职称或技能证书 |   |
| 获得主要荣誉 |   |
| 个人爱好及特长 |   |
| 学习经历（高中起） | 年 月至  年 月 | 在何学校、单位，何专业学习 | 获得学位 |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| 工作经历 | 年 月至  年 月 | 工作单位 | 所在部门及职位 |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| 审核单位意  见 |               审核意见：           年   月   日 |
| 备  注 |   |
|  |  |  |  |  |