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 |  | | | |
|  |  |  |  |  |