**绍兴市柯桥区妇幼保健院编外工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 婚 否 |  |
| 身份证号 |  | 户口所在地 |  |  |
| 家庭住址 |  | 户籍所在 |  |
| 现单位及工作职务 |  | 任职时间 |  |
| 学 历 | 最高 学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 专业技术职称或资质 |  |
| 报考岗位 |  | 联系电话 |  |
| 主要经历 |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政 治面 貌 | 现工作单位或住址 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，取消资格。** **签名：**  **年 月 日** |
| 是否服从医院分配： 签名：  | 资格审核情况年 月 日 |