附件：

杭州市医学会公开招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | 性别 | | |  | | | 民族 | |  | 近期  免冠  一寸白  底彩照 | |
| 出生年月 | | |  | 身份证号码 | | |  | | | | | |
| 籍贯 | | |  | 户口所在地 | | |  | | | 政治  面貌 | |  |
| 最高学历 | | |  | 报名岗位  （打钩） | | | 科普宣传（ ） 医疗鉴定（ ） | | | | | |
| 毕业时间 | | |  | | | 参加工作时间 | | |  | | | |
| 最高学历毕业院校 | | |  | | | 所学专业 | | |  | | | | | |
| 联系方式 | | |  | | | 健康状况 | | |  | | | | 婚姻  状况 |  |
| 联系地址 | | |  | | | | | | | | | | 期望  薪资 |  |
| 个  人  简  历 | **学习经历（从高中学历写起）** | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 学校名称 | | | | | | 学院 | | | 专业 | |
|  | | |  | | | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | | |  | |
| **工作经历** | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | | 工作单位 | | | 职务 | | | 主要工作内容 | | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | | | |
| **本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，**  **弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。**  **报考承诺人（签名）： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | | | |