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 |  |