附件

杭州市医学会公开招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | | 出生年月 | |  | 籍贯 | | |  | | | | 近期  免冠  一寸白  底彩照 | |
| 户口  所在地 | | |  | | 民族 | |  | 性别 |  | | 政治  面貌 | |  | | |
| 最高  学历 | | | 普通高校 | |  | | | 毕业时间 | |  | | | | | |
| 成人高校 | |  | | |
| 参加工作时间 | | |  | | 健康状况 | |  | 专业技  术资格 | |  | | | | | 婚姻  状况 | |  |
| 联系  地址 | | |  | | | | | | | 固定电话 | | | |  | | | |
| 移动电话 | | | |  | | | |
| E-mail | | |  | | | | | | | 邮 编 | | | |  | | | |
| 最高学历毕业院校 | | | |  | | | | | | 所学专业 | | | |  | | | |
| 现工作单位 | | | |  | | | | | | 身份证  号码 | | | |  | | | |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |