金华市计量质量科学研究院求职表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 | | |  | | 性　别 | | |  | | | 出生年月 | | |  | | | 照 片 |
| 民　族 | | |  | | 籍　贯 | | |  | | | 出 生 地 | | |  | | |
| 入　党  时　间 | | |  | | 参加工作时间 | | |  | | | 健康状况 | | |  | | |
| 专业技术职务 | | |  | | | | | 熟悉专业有何专长 | | |  | | | | | |
| 学　历 | | |  | | | | | | | | 毕业院校系 | | |  | | | |
| 学　位 | | |  | | | | | | | | 专 业 | | |  | | | |
| 求职岗位 | | | | |  | | | | | | | 身份证号码 | | |  | | |
| 现任职务 | | | | |  | | | | | | | | | 任职时间 | | |  |
| 通讯地址 | | | | |  | | | | | | | | | 手机号码 | | |  |
| 学  习  工  作  简  历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员  及  重  要  社  会  关  系 | 称 谓 | | | 姓 名 | | 出 生年 月 | | | 政 治  面 貌 | | 工作单位及职务 | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | |
| 您是否曾经或现在患有以下病症？ | 病症名 | | | | | | 否 | | | | | | | | | 是，请说明 | |
| 乙肝或其他传染病 | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| 严重、慢性、周期性疾病、例如心脏病 | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| 严重意外损伤 | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| 色盲或色弱 | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| 其他需要说明的病症 | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切责任。  声明人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核  意见 | | （报考单位及主管部门盖章）  年 月 日 | | | | | | | | 身  份  证  复  印  件  粘  贴  处 | | |  | | | | |