|  |
| --- |
| 临平区医疗卫生单位人才引进报名表  |
| 应聘单位及岗位：  |   |
| 个人基本信息 | 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 民 族 | 　 | 身 高 | 　 | 贴照片处 |
| 出生年月 | 　 | 政治面貌 | 　 | 婚姻状况 | 　 | 籍 贯 | 　 |
| 身份证号 |  | 专业特长 |  |
| 户籍地 | 　 | 现 住 址 | 　 |
| 全日制学历 | 　 | 专 业 | 　 | 现工作概况 | 工作单位 | 　 |
| 毕业时间 | 　 | 学 位 | 　 | 职 务 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 职 称 | 　 |
| 非全日制学历 | 　 | 专 业 | 　 | 职称取得时间 | 　 | 职称聘用时间 | 　 |
| 毕业时间 | 　 | 学 位 | 　 | 联系方式 | 电子邮箱 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 手机号码 | 　 |
| 违法违纪情况 | 　　 | 备用联系号码 | 　 |
| 学习培训 | 起始年月 | 终止年月 | 学校（大学）/ 实习或进修单位 | 内容描述 |
| 　 | 　 | 　 |  |
|  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  |
| 工作经历 | 起始年月 | 终止年月 | 工作单位 | 职务职称 | 离职原因 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 家庭情况 | 配偶姓名 | 　 | 工作单位 | 　 |
| 联系电话 | 　 | 职 务 | 　 | 职 称 | 　 |
| 子女姓名 | 　 | 性 别 | 　 | 出生年月 | 　 |
| **本人承诺所提供的一切信息、资料真实有效。如有不实，愿承担一切责任。 签名：** **日期：** |