**绍兴市第七人民医院编外工作人员招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考岗位： | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 | | | |  | | 照片 | |
| 籍贯 |  | 民族 | |  | | 政治面貌 | | | |  | |
| 学历 |  | 毕业学校 | |  | | 专业 | | | |  | |
| 专业职称或资质 |  | | 外语水平 | |  | | | | 计算机水平 | | |  | |
| 联系电话 |  | | 身份证号码 | | | |  | | | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 现工作单位 |  | | | | 健康状况 | | |  | | | 婚否 | |  |
| 户籍所在地 |  | | | | 家庭地址 | | |  | | | | | |
| 家庭成员 | 姓名： 关系： 工作单位： | | | | | | | | | | | | |
| 姓名： 关系： 工作单位： | | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人所填写情况和提供的相关材料、证件均真实、有效。若有虚假，取消资格。  签名： | | | | | | | | | | | | |
| 是否服从  医院分配 | 签名： | | | | | | | | | | | | |
| 资格审  核意见 |  | | | | | | | | | | | | |