**镇海区卫生健康系统招聘事业人员报名表**

报考单位：　　 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 身份 证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 贴一寸近照 |
| 民 族 | |  | | 性别 | |  | | | 政治面貌 | | | |  | | | | | | | | | |
| 籍 贯 | |  | | 婚姻 状况 | |  | | | 联系手机 | | | |  | | | | | | | | | |
| 职称及取得时间、授予机构 | |  | | | | | | | | | | | 参加工作时间 | | |  | | | | | | |
| 毕 业 院 校 | 学制 | 毕业学校 | | | | | | | 学历 | | | | 所学专业 | | | | | | | 毕业时间 | | | |
| 全日制 |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |
| 在职 |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |
| 户籍所在地 | |  | | | | | | | 家庭住址 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 现工作（学习）单位 | |  | | | | | | | 单位地址 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 报考单位 | |  | | | | | | | 报考岗位 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 学习及工作简历 | | | | | | | | | | | | 报考单位及主管部门初审意见 | | | 初审人签名：  （盖章）   年 月 日 | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 单位名称及岗位 | | | | | | | | |
| 年 月- 年 月 | | |  | | | | | | | | |
| 年 月- 年 月 | | |  | | | | | | | | |
| 年 月- 年 月 | | |  | | | | | | | | |
| 年 月- 年 月 | | |  | | | | | | | | |
| 身份证复印件粘贴处 | | | | | | | | | | | | 人社部门审核意见 | | | 复核人签名：  （盖章）   年 月 日 | | | | | | | | |