**附件2：**

镇海区人民医院医疗集团招聘事业人员报名表

报考单位：　　 报考岗位及代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 身份 证号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 近期免冠一寸彩照 |
| 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 | 　 | 岗位代码 |  |
| 学习及工作简历 | 审核意见 | 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 | 审核意见 | 复核人签名： （盖章） 年 月 日 |