杭州市医疗保障局及下属单位

公开招聘编外工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 近期免冠一寸彩照 |
| 性 别 |  | 出生年月 |  | 户籍所在地 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | 婚 否 |  |
| 最高学历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 现工作单位 |  | 工作职务 |  |
| 参加工作时间 |  | 专业技术职称（职业资格等级） |  |
| 联系地址 |  | 固定电话 |  |
| 移动电话 |  |
| E-mail |  | 邮 编 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 学习工作经历 |  |
| 家庭成员情况 | 称谓 | 姓名 | 所在单位 | 职 务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。申请人（签名）： 年 月 日 |