附件：

**吴兴区医疗卫生单位公开招聘编外工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  |
| 学历 | 初始学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 简历 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

报名人员承诺：本人承诺以上材料属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。

报名人签字：

日期： 年 月 日