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