**丽水市中医院专业技术人员招聘报名表**

报考专业岗位： 报名时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 英语等级 |  | 婚否 |  | 执业资格 |  |
| 毕业院校及专业（学位） |  |
| 毕业时间 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍地址 |  | 联系电话 |  |
| 简历 | 起止时间 | 工作（学习）单位及职务 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家庭主要成员及社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件，如有不实，本人自愿承担相应责任。报名人（签名）： 年 月 日 |
| 初审意见 |  |
| 审核意见 |  |