附件２：

**2017年桐庐县医疗单位人才引进报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 出生 | 年 月 | | 近期2寸彩照  （电子版） | |
| 政治面貌 |  | | 身份证号 | |  | | | |
| 户籍地 |  | | | | 毕业时间 | | 年 月 | |
| 技术职称 |  | | | | 取得时间 | | 年 月 | |
| 毕业院校（全日制） |  | | | | | 专业 |  | | 录取批次 |  |
| 联系方式 | 通信地址 | |  | | | | | | 邮编 |  |
| 电子邮件 | |  | | | 手机 |  | | 座机 |  |
| 应聘单位 |  | | | | | 应聘岗位 | |  | | |
| 荣誉  或奖励 |  | | | | | | | | | |
| 学习及工作经历  （自中学起填写） |  | | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要  社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | | | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |

应聘报名邮箱详见《2017年桐庐县医疗单位招引事业人员计划及条件》。