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》。