编号：2024-3

绍兴市人民医院编外人员求职申请表

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登记时间　　年　　月　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 照片 |
| 曾用名 |  | 籍贯 |  | 婚否 |  | 健康状况 |  |
| 学　历 |  | 学位 |  | 所学专业 |  | 爱好 |  |
| 外语等级 |  | 计算机能力 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 工作单位 |  | 岗位或工种  |  |
| 家庭居住地址 |  |
| 户口所在地址 |  |
| 参保信息 | 请选择：1.单位参保　 ２.灵活就业参保　 3.从未参保起止时间： 　 年 　 月　 日－　 年　 月 　 日　 |
| 身份证号码 |  | 手机号码 |  |
| 学习简历 | 起止时间 | 各处何单位工作或学习 | 任何职或从事何工作 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 工作简历 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭主要成员 | 家庭关系 | 姓名 | 年龄 | 工作单位及部门 | 岗位 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请岗位 |  | 面试时间 |  |

是否录用需根据综合测试以及体检结果而决定。本人表示理解。

　签名：