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：