报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1寸照片 |
| 性别 |  | 出生年月 |  | 学历/学位 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 应聘职位 |  | 职位编码 |  | 政治面貌 |  |
| 生源户籍所在地（乡镇） |  | 职称 |  |
| 家庭地址 |  | 邮编 |  | 手机  |  |
| 其他电话 |  |
| 工作单位 | （历届考生填写） |
| 本人简历 |  从初中开始 |
| 家 庭主 要成 员情 况 |   |
| 真实性承诺 | 本人承诺：本人所填写的内容真实可靠，所提供的证书、证明等材料真实有效、取得途径合法。如有任何不实，本人愿意接受余姚市妇幼保健院（第二人民医院）取消本人应聘、录用资格等有关处理决定。 签名： 年 月 日 |
| 招 聘资 格审 核意 见 |  年 月 日 |