附件2：

2024年宁波市江北区卫生健康系统公开

招聘事业编制社会考生报名表

报考单位： 报考岗位： 专业：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 近期免冠一寸彩照 |
| 性 别 |  | 户 籍 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 初始学历 |  | 毕业时间 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 最高学历 |  | 毕业时间 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 参加工作时间 |  | 健康状况 |  | 专业技术职称 |  | 取得时间 |  |
| 现工作单 位 |  | 是否在编 |  | 现任职务及任职时间 |  |
| 医院等级 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 与本人 关系 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
| 配偶 |  |  |  |  |
| 子女 |  |  |  |  |
| 父亲 |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |
| 配偶父亲 |  |  |  |  |
| 配偶母亲 |  |  |  |  |

本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切责任。

 申请人（签名）： 年 月 日