**杭州市卫生健康事业发展中心工作人员（劳务派遣）报名表**

报名岗位：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 民族 |  | 出生年月 |  |
| 户籍 |  | 专业技术职称 |  |
| 政治面貌 |  | 学历/学位 |  |
| 联系电话 |  | 就业援助证 |  |
| 居住地址 |  | | |
| 学  习  简  历 |  | | | |
| 工  作  简  历 |  | | | |
| 荣誉奖励  （工作 业绩） |  | | | |
| 自我评价（岗位契合度、个人优势等） |  | | | |