**江苏省苏州地方税务局选调医师报名表**

**报考岗位：医务室** 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片粘贴处 | |
| 政治 面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 毕业  学校 |  | | | 学历 |  |
| 专业 |  | | | 毕业时间 |  |
| 资格证书情况 |  | 身份证号码 | | |  | | |
| 户口所在地 | |  | | | | | |
| 现居住地址 | |  | | | | | |
| 本人或家庭联系电话 | |  | | | | | |
| 本人简历 | |  | | | | | |
| 何时何地或何奖项  或有何特长 | |  | | | | | |
| 主要家庭成员 | 姓名 | 关系 | 政治面貌 | | 工作单位 | | 职务 |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |