附件2

毕节市康曼母婴健康管理有限责任公司

人员聘用报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 户 籍所在地 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业具体名称 |  |
| 工作单位及职务 |  | 工作年限 |  | 参加工作时间 |  |
| 职业（从业）资格证 |  | 电子邮箱 |  |
| 报考职位 | 　 | 是否满足该职位要求的其他报考条件 |  |
| 现居住地 |  | 联系电话 |  |
| 主要简历（从初中开始填写） |  |
| 主要工作实绩 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报名信息确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。应聘人员签名： |
| 原单位意见 | 2019年 月 日（盖章） | 资格审查意见： | 审查人签字：2019年 月 日（盖章） |