重大疾病预防辅助岗位报名登记表

编 号 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 学 历 |  | 籍 贯 |  |
| 现 住 址 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 婚姻状况 |  |
| 健康状况 |  | 应聘岗位 |  |
| 学习履历 |
| 学 历 | 毕业时间 | 毕业院校 | 专 业 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 主要工作经历 |
| 起止时间（年、月） | 工作单位 | 岗位（职务） | 离职原因 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭主要成员 |
| 与本人关系 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位 | 职 务 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 奖惩情况 |  |