**故城县基层社会救助人员报名初审表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 生源地 |  | 户口所在地 |  |
| 毕业学校及专业 |  | 学历学位 |  | 毕业时间 |  |
| 报考部门及招聘单位 |  | 职位代码 |  | 报考岗位 |  |
| 是否具有工作经历 |  | 本人联系电话 | 固定电话：手 机： | 身份证号 |  |
| 紧急联系人电话 | 姓名 ： 电话： （请保持24小时开机状态） |
| 家庭住址： |  |
| 学习工作简历 |  |
| 及社会关系家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 工作单位（无单位填现职业） | 个人诚信保证 |  本人以上所填各项内容真实，所提供报考资料原件和复印件齐全真实，如有虚假，取消聘资格，责任自负。本人签字： 年 月 日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 审查意见 | （签字）  年 月 日 |

注：1.此表一式两份。表格内容必须由本人手工填写，机打无效。

2.每人只能报考一个岗位。