附件

|  |
| --- |
| 武宣县卫生健康局公益性岗位工作人员报名表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片粘贴处1 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 学 历 |  | 所学专业 |  |
| 毕业院校及时间 |  | 户籍所在地 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话 |  |  |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 |  |  |
| 计算机 掌握程度 |  | 报考岗位 |  |
| 个人 简历 |  起止年月  | 单位及职务（个人简历从高中起填写） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家庭 主要 成员 情况 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 工作单位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备注 |  |
| **本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。** |
|  |