附件1

**长沙市口腔医院劳务派遣工作人员招聘报名登记表**

应聘岗位： 身份证号码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠一寸彩照 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 执业证 |  | 规培证 |  |
| 户 口 所在地 |  | 婚姻状况 |  |
| 家庭地址 |  | 健康状况 |  |
| 爱好特长 |  | 本人手机号 |  |
| 专业教育状况 | 学历 排序 | （填写学习时间段、毕业学校） | 学习专业 | 全日制 **/** 在职 |
| 第一 学历 |  |  |  |
| 第二 学历 |  |  |  |
| 工作 简历 |  |
| 主要家庭成员情况 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 工作单位及职务 | 联系电话 |
| 父亲 |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |
| 配偶 |  |  |  |  |
| 子女 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人承诺，上述填写内容及所提交材料真实、准确、完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任及后果。 报名人（签名）： 年 月 日 | 审核意见： 审核人（签名）： 年 月 日  |

备注：本表一式一份，由报名人本人填写，务必准确、清晰。