**附件1：**

**衢州市柯城区2020年第二期幼儿园教师公开招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 民族 | |  | | 出生年月  （ 周岁） | | | |  | | | 照 片 | | | | |
| 政治面貌及入党时间 | |  | 参加工作时 间 | |  | | | | 婚姻状况 | | | |  | | |
| 身高（cm）体重（kg） | |  | 身份证号 | |  | | | | | | | | | | |
| 户口所在地(生源地) | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | 联系电话及手机 | | |  | | | | |
| 现工作单位及职务职称 | |  | | | | | | | | | | | 专业特长 | | |  | | | | |
| 学历学位 | |  | 毕业  时间 | | |  | | 毕业院校 | | | |  | | | | | 专业 | |  | |
| 具有何种学段学科教师资格证 | |  | 是否师范类毕业生 | | |  | 是否应届  毕业生 | | | |  | | | 是否服从调配 |  | | | 是否在编在职人员 | |  |
| 档案所在地 | |  | | | | | | | | | | | | 是否211、985、“双一流”院校 | | | |  | | |
| 个人简历（起讫时间、单位、职务等） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭情况（姓名、单位、职务等） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 诚信声明 | 兹保证以上所填信息属实，如有不实，自愿承担相应责任，并接受处罚。  **本人手写签名：**  年 　 月　　 日 | | | | | | 资格审查 | | |  | | | | | | | | | | |

本表请自行下载,用黑色水笔或钢笔如实填写，书写要正规。

**附件2：**

**衢州市柯城区人事招考（聘）委托书**

委 托 人： 身份证号：

被委托人： 身份证号：

本人因 ，特委托 代为办理 事项。

委托期限：自 年 月 日至 年 月 日

委托人（手写签名）：

联 系 电 话：

年 月 日

被委托人（手写签名）：

联 系 电 话：

年 月 日

（**注意：**应同时提供委托人和被委托人的身份证原件和复印件）

**附件3：**

**师范生证明**

兹有学生 , 性别 , 年 月出生，身份证号 ，学号 ，是我校（院） 专业师范类的普通高校全日制本科/研究生在校学生，该生于 年 月入学，学制 年。若该生在校期间顺利完成学业，达到学校相关要求，将于 年 月毕业，取得毕业证书。

特此证明

大学（学院）

学籍管理部门（盖章）

年 月 日

**附件4：**

健康申报表

一、一般情况  
姓名：  
性别： □男 □女  
出生日期：年月日  
身份证号：  
现住址：省市县（区）乡（镇、街道）村（小区）  
联系电话：  
二、流行病学史

来柯城前14天，您是否有以下情况（打√表示）

1. 到过北京市、湖北省或其他有新型冠状病毒感染的肺炎本地病例持续传播的地区？

　　　　　□是　　　　　□否

1. 曾接触过来自北京市、湖北省或其他有本地病例持续传播地区的发热或有呼吸道症状患者？

　　　　　□是　　　　　□否

1. 周围人群中2人或以上出现发热、干咳等症状或接触过新型冠状病毒感染的肺炎患者？

　　　　　□是　　　　　□否

三、来柯城前14天本人健康监测情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 体温测量记录 | | 咳嗽 | | 其他不适  （请说明） |
| 上午 | 下午 | 有 | 无 |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |
| 7月 日 |  |  |  |  |  |

四、来柯城前14天家人/同住人员健康状况

□家人/同住人员有出现发热、干咳等症状者，如有，请描述患者姓名、与申报人关系及诊治情况：

□家人/同住人员无出现发热、干咳等症状者。

申报人承诺所申报内容均为事实，若有瞒报、漏报问题，愿按相关规定接受处理

申报人（手写签名）：

　申报日期：2020年7月 日