附件1

|  |
| --- |
| 锦屏县康济精神病医院有限公司招聘储备人才报名表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | （相片）  |
| 身份证号 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 健康状况 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 参加工作时间 |  |
| 工作单位 |  | 工作年限 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 专业职称 |  | 职业资格证 |  |
| 家庭住址 |  | 婚否 |  |
| 应聘岗位 |  |
| 个人简历 | （可另附简历） |
| 熟悉专业有何专长 |  |
| **主要家庭成员** |
| 姓名 | 与本人关系 | 工作单位 | 职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 信息确认 |  本人承诺：本表信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。 报名人签名： 代报人员签名： 日期： 年 月 日 |
| 经 办 人初审意见 | 审查人（签名）：  年 月 日 | 主要领导复审意见 | 审查人（签名）： 年 月 日 |