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 | | | | |