|  |
| --- |
| **2020年克拉玛依市卫生健康委员会直属事业单位报名表** |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 族 别 | 　 |  |
| 出生年月 | 　 | 政治面貌 | 　 | 户籍所在地 | 　 |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 院校所在地 | 　 |
| 所学专业 |  | 生源地 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 学 历 | 　 | 学 位 | 　 | 手机号码 | 　 |
| 邮 箱 |  | 身 高 |  | 体 重 | 　 |
| 报考单位 | 　 |
| 学习工作简 历 及获奖情况 |  |
| 家庭主要成员情况 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 本人承诺 | 本人承诺上述所填内容真实有效，如有虚假信息，一经发现，取消聘用资格。承诺人： 年 月 日 |
| 备注：简历应从初中开始填写，并与个人档案记载一致。 |