附件：

来宾市卫生健康委员会公益性岗位工作

人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 民族 |  | 照  片  （二寸免冠照片） |
| 出生年月 |  | 籍贯 | |  | | 政治  面貌 |  |
| 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 |  |
| 学历 |  | 学位 | |  | | 毕业时间 |  |
| 工作单位 |  | | | | | 身份证号 |  | |
| 家庭详细  住址 |  | | | | | 联系电话 |  | |
| 应聘岗位 | 公益性岗位 | | | | | | | |
| 本  人  简  历 |  | | | | | | | |
| 家庭  成员  及主  要社  会关  系 | 姓名 | | 与本人关系 | | 工作单位及职务 | | | |
|  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | | | |
| 报名人  承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切法律责任。报名人签名： | | | | | | | |

填表日期： 年 月 日