附件1：

**九江市妇幼保健院面向社会公开招聘派遣制人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 政治面貌 |  |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  | 是否服从分配 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  | 婚姻状况 |  |
| 工作 单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 户籍所在地 |  | 学 历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 家庭 住址 |  | 本人联系电 话 |  |
| 家庭主要成员 | 姓 名 | 关 系 | 政治面貌 | 工作单位 | 职 务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 学习和工作简历 |  |
| 报名信息确认 | 本人符合报名条件要求，在报名表中填报的信息真实、准确。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。如有弄虚作假或填写错误，由本人承担一切后果。资格审查贯穿于招聘全过程，凡发现考生条件与公告要求不符的，取消其资格。本人签名： 日期： |
| 资格审查结 果 |  |

**注：自行下载填写，报名时交一份到报名处。**