**附件**

曲靖市卫生健康委员会**公开招聘公益性岗位报名表**

|  |
| --- |
| 填表日期： 年 月 日 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 个人相片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  |
| 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 联系电话 |  |
| 就业失业登记编号 |  | 户口所在地 |  |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起始时间 | 所在单位 | 岗位 | 离职原因 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **本人愿意为以上填写资料的真实性负责，如有虚假，愿意承担由此带来的一切责任。** **本人签字：** |