附件：

龙里县妇幼保健院公益性岗位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | | |  | | 一寸照片 |
| 籍贯 |  | | 民族 |  | 政治面貌 | | |  | |
| 毕业院校 | |  | | | 所学专业 | | |  | |
| 学历学位 | |  | | | 毕业时间 | | |  | |
| 现户口所在地 | |  | | | 是否全日制普通高校学历 | | | | |  |
| 婚姻、生育现状 | |  | | | 身份证号码 | | |  | | |
| 家庭详细住址 | |  | | | | | | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | 职 务 | |  |
| 何时取得何种何级别执业资格证书 | |  | | | 是否符合报考岗位所要求的资格条件 | | | |  | |
| 招聘岗位及代码 | |  | | | 本人联系电话 | | |  | | |
| 主  要  简  历 | （从大学开始连续填写至今） | | | | | | | | | |
| 以上信息均为真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  　　　　　　　　　　　　　　考生（签名）： | | | | | | | | | | |
| 报名资格初审意见 | 审查人（签名）：  年 月 日 | | | | | 报名资格复审意见 | 复核人（签名）：  年 月 日 | | | |