附件1

长春医学高等专科学校

工作人员应聘报名登记表

 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 出生日期 |  | (近期免冠照片) |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 最高学历 |  | 学位 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 应聘岗位 |  |
| 毕业学校毕业时间所学专业 | 本科 | 院校： 专业： 毕业时间： |
| 研究生 | 院校： 专业： 毕业时间： |
| 有何特长 |  |
| 个人简历 | 从第一学历填起2004.09--2008.06 \*\*大学\*\*专业学生2008.09--2021.06 \*\*大学\*\*专业学生2021.09--2024.01 \*\*大学\*\*岗位工作2024.01--至今 待业 |
| 家庭住址： |
| 家庭情况 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，产生的一切后果由本人承担。 本人签字： |
| 备注 |  |