附件1

广西医科大学非全日制工作人员报名表

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘岗位 | 二级单位 |  | 政治面貌 |  | 照片（一寸彩色近期证件照） |
| 科室名称 |  |
| 岗位名称 |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 最高学历、学位 | 毕业院校、专业 | 学历 | 学位 |
| 全日制 |  |  |  |
| 在职 |  |  |  |
| 现工作单位、职务 |  | 身份证号 |  |
| 家庭详细住址 |  | 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 学习经历 | 起止时间 | 院校名称（从初中阶段填起） | 专业 | 学历（学位） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 全日制工作经历 | 起止时间 | 所在单位 | 从事的工作及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 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后果。 报名人签名：  日期 ： |

备注：1.报名登记表填写后请用A4纸正反双面打印，并手写签字；

2.登记表内容要如实填写，不得伪造；

3.报名人对所填写内容的真实性负责。