|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 榆社县卫健系统2024年公开招聘工作人员报名登记表 | | | | | | | | | | |
| 报考单位 |  | | | | 报考岗位 | |  | | | 一寸近期  红底免冠  相片 |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 | |  | | |
| 政治面貌 |  | | 民 族 |  | 身份证号 | |  | | |
| 籍 贯 |  | | | | 联系电话 | |  | | 备用  电话 |  |
| 文化程度 |  | | 毕业院校 |  | | | 所学专业 | |  | |
| 现工作  单位 |  | | | | 参加工作时间 | | | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | 取得资格证名称及时间 | | |  | | |
| 主要 学习  工作 经历 |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要  社会关系 | 关系 | 姓名 | | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |
| 本人承诺：本表所填内容真实无误，否则后果自负。  考生签字：  年 月 日 | | | | | 资格审  查意见 | 经审查，符合报考条件。  审查人签字：  年 月 日 | | | | |

**注：本表用A4纸打印，手工填写无效。**