**附件：**

|  |
| --- |
| **晋安区卫健局招聘劳务派遣人员****报名登记表** |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 照片 |
| 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 籍贯 |  | 毕业院校 |  |
| 婚姻状况 |  | 学历 |  | 专业 |  |
| 现住址 |  |
| 联系方式 |  |
| 工作简历 | 起止时间 | 工作单位 | 专业/工种 |
|  | 高中起 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭情况 | 称谓 | 姓名 | 所在单位（学校） | 职务 | 备注 |
| 父亲 |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |
| 丈夫/妻子 |  |  |  |  |
| 儿子/女儿 |  |  |  |  |
| 承 诺 | 本人承诺以上所填的内容均为真实，所提供的纸质报名材料均为真实，如一经发现存在弄虚作假的行为，取消聘用，由此产生的一切后果由本人承担。 签字： 年 月 日 |