附件

来宾市卫生健康委员会编外聘用人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 民族 |  |  |
| 出生年月 |  | | 籍贯 |  | | 政治面貌 |  |
| 熟悉专业或有何特长 |  | | | 婚姻状况 | |  | |
| 家庭详  细住址 | 联系电话 | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | 联系电话 |  | |
| 学历 | 全日制教育 |  | | | 毕业院校系  及专业 |  | | |
| 在职教育 |  | | | 毕业院校系  及专业 |  | | |
| 本  人  简  历 | 学习教育、工作经历 | | | | | | | |
| 家庭  成员  及主  要社  会关  系 | 姓名 | | | 与本人关系 | | | 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法律责任。  报名人签名： | | | | | | | |

填表日期： 年 月 日