砚山县妇幼保健院编制外专业技术人员招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　 名 | |  | 性 别 | |  | 民 族 | |  | 照片 |
| 出生年月 | |  | 政治面貌 | |  | 籍 贯 | |  |
| 毕业院校 | |  | | | | 毕业时间 | |  |
| 所学专业 | |  | 学 历 | |  | 学 位 | |  |
| 身份证号码 | |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | 紧急联系人及电话 | |  | |
| 职 称 | |  | | | | | 报名岗位 |  | |
| 本 人 简 历 |  | | | | | | | | |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 性别 | 民族 | 出生年月 | 工作单位及职务 | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | |
| 本人承诺以上填写内容均属实，如有不实之处，引起的后果由本人承担。 报名者签名： 年 月 日 | | | | | | | | | |