**附件**

**2025年长江新区全日制残疾人就业援助岗位报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 | | |  | |  |
| 民 族 |  | | 籍 贯 |  | 学 历 | | |  | |
| 政治面貌 |  | | 残疾类别及等级 |  | | | | | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 残疾人姓名 |  | | 残疾证号 |  | | | | 与本人关系 | |  |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | | |
| 简历（高中至今） |  | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员情况 | 姓名 | | 身份证号 | | | 关系 | | 政治面貌 | 工作单位及职务 | |
|  | |  | | |  | |  |  | |
|  | |  | | |  | |  |  | |
|  | |  | | |  | |  |  | |
|  | |  | | |  | |  |  | |
| 报名对象 | 残疾人本人 □  一户多残家庭残疾人父母、配偶或子女 □  二级以上残疾人父母、配偶或子女 □ | | | | | | | | | |
| 是否同意岗位调剂： □同意 □不同意  （一经录取后，将按就近就便原则分配到相关工作岗位）  **签 字 ：** | | | | | | | | | | |
| 填表人申请 | | 本人在上述所填报的各项资料均为属实，如有虚假或故意隐瞒，本人愿意接受贵公司的规章制度处罚和承担相应的法律责任，并允许贵公司对以上内容进行调查、核实。  确认签名： 日期： | | | | | | | | |