|  |
| --- |
| 附件2：2020年克拉玛依区卫生健康委员会面向社会公开招聘事业性岗位工作人员报名表 |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 族 别 | 　 |  |
| 出生年月 | 　 | 政治面貌 | 　 | 户籍所在地 | 　 |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 院校所在地 | 　 |
| 所学专业 |  | 生源地 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 学 历 | 　 | 学 位 | 　 | 手机号码 | 　 |
| 邮 箱 |  | 身 高 |  | 体 重 | 　 |
| 学习工作简 历 及获奖情况 |  |
| 家庭主要成员情况 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 本人承诺 | 本人承诺上述所填内容真实有效，如有虚假信息，一经发现，取消聘用资格。承诺人： 年 月 日 |
| 备注：简历应从初中开始填写，并与个人档案记载一致。 |