附件三

**蒙阴县就业困难群体公益性岗位**

**就业申请登记表**

报名时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 本人照片 |
| 文 化程 度 |  | 政 治面 貌 |  | 出 生年 月 |  |
| 毕业院校及毕业时间 |  | 所 学专 业 |  |
| 失业时间 |  | 职业资格或职称，特长 |  | 就业困难类型 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 家 庭住 址 |  |
| 申报单位 |  | 申报岗位 |  | 是否服从调剂 |  |
| 工 作简 历 |  |
| 申 报承 诺 | 本人承诺系就业困难人员，所填报信息真实，相关报名材料完备。如有不实或材料不完备，本人承担全部责任。申请人签字： 年 月 日 |