附件1：

 临沂河东区卫生健康系统公开招聘劳务派遣人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号 码 |  |
| 婚姻状况 |  | 政治面貌 |  | 身体状况 |  |
| 毕业时间 |  | 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时 间 |  |
| 家庭住址 |  |
| 联系电话（两个） |  |
| 学习简历（从高中起按年月顺序填写） |  |
| 工作简历（包括工作岗位内容简单描述） |  |
| 家庭成员情况（姓名、与本人关系、工作单位及职务） |  |
| 备注（其他需说明事项，含奖惩情况） |  |