昭阳卫生健康局公益性岗位报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 健康状况 |  |
| 毕业院校 |  | 籍贯 |  | 现居住地 |  |
| 学历专业 |  | 婚否 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 身份证号 |  |
| 奖惩情况（后附证明材料） |  |
| 学习和工作简历 | 起止时间 | 学习院校及专业（工作单位及职务） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家庭成员 | 姓名 | 关系 | 年龄 | 工作单位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 资格条件（请在符合条件项打钩） | □零就业家庭人员 |
| □享受城乡居民最低生活保障人员 |
| □有劳动能力的残疾人 |
| □连续失业一年以上人员 |
| □男年满50周岁和女年满40周岁以上的大龄失业人员 |
| □连续失业6个月以上的应届离校未就业高校毕业生 |
| □连续失业3个月以上的易地扶贫搬迁至城镇的脱贫劳动力 |
| 用人单位审核意见 |  单位：（盖章）2024年 月 日 |