|  |
| --- |
| 榆社县卫健系统2024年公开招聘工作人员报名登记表 |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  | 一寸近期红底免冠相片 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  | 身份证号 |  |
| 籍 贯 |  | 联系电话 |  | 备用电话 |  |
| 文化程度 |  | 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 家庭住址 |  | 取得资格证名称及时间 |  |
| 主要学习工作经历 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 关系 | 姓名 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 备注 |  |
|  本人承诺：本表所填内容真实无误，否则后果自负。 考生签字：年 月 日 | 资格审查意见 |  经审查，符合报考条件。  审查人签字： 年 月 日 |

**注：本表用A4纸打印，手工填写无效。**