**附件：**

**萍乡市妇幼保健院公开招聘工作人员报名登记表**

**应聘岗位： 填报时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员 基本 信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片（1寸彩色免冠近照） |
| 籍贯 |  | 出生地 |  | 政治面貌 |  |
| 身体状况/身高 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍所在地 |  | 婚育情况 |  |
| 联系电话 |  | 家庭住址 |  | 电子邮箱 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 全日制教育 |  |  | 毕业时间 |  |
| 在职教育 |  |  | 毕业时间 |  |
| 工作情况 | 专业技术资格 |  | 参加工作时间 |  |
| 现工作单位 |  | 现工作岗位（职务） |  | 任职时间 |  |
| 学习工作简历 （自高中填起） |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺：以上表格所填内容和提供相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假的本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。  报考承诺人（签名）： 年 月 日 |