附件

丽水市残联康复医院公开选聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | | 民 族 | |  | 籍 贯 | | |  | 近期免冠  一寸正照 |
| 出生年月 | |  | 政治面貌  （入党时间） |  | | 参加工作时间 | |  | 职务 | | |  |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 婚姻状况 |  | | | |
| 学历学位 | | 全日制教育 | |  | | | | | 毕业院校及  专业 | | |  | |
| 在职教育 | |  | | | | | 毕业院校及  专业 | | |  | |
| 工作单位及聘用岗位等级 | | | |  | | | | | 专业技术资格及取得时间 | | |  | |
| 近2年年度考核情况 | | | |  | | | | | | | | 健康状况 |  |
| 联系地址 | |  | | | | | 联系电话 | | 手机：　　 　电话： | | | | |
| 家庭主要 成员 | | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | | | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | |
| 个人工作 学习简历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | |  | | | | | | | | | | | |
| 工作单位意见 | （盖章） 　　   年 月 日 | | | 上级行政主管单位意见 | （盖章） 　　   年 月 日 | | | | | 当地组织人事部门意见 | （盖章） 　　   年 月 日 | | |
| 本人声明：  上述填写内容和所递交的资料真实完整，如有不实，本人愿承担一切责任。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 注：1.此表用A4纸双面打印；  2.简历说明：（1）三个月以上的学习培训填写起止具体年月及院校、专业或培训班名称；（2）每个职务、职级、岗位的变化需填写；(3)要按照干部任免审批表的要求规范填写，涉及时间一律以6位数表示，如1985.10，职务要填写规范称呼或简称。 | | | | | | | | | | | | | |