附件

**石阡县中医医院城镇公益性岗位人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性　　别 |  | 民　　族 |  | 两寸照片 |
| 出生年月 |  | 籍　　贯 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 健康状况 |  |
| 登记失业时间 |  　　年　月　日 | 应聘岗位 |  |
| 学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 就业困难人员类别(以《就业创业证》“就业援助卡”栏目标注的类别填写) |  |
| 学习和工作经历 |  |
| 本人承诺所填报信息和提交的资料属实,并对提供的个人报名材料的真实性负责,由此产生的一切后果由本人承担。 承诺人: 年 月 日 |
| 资格审查意见 |  经办人: 年 月 日 |