**象州县妇幼保健院编外人员报名登记表**

**编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  | 健康状况 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业时间学校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业时间学校及专业 |  |
| 取得职称 |  | 联系方式 |  | 婚姻情况 |  |
| 通讯地址 |  |
| 学习及工作简历 | （从高中填起，填写形式示例：2001.09-2004.07象州县中学学生，工作后的简历日期要首尾衔接） |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 本人承诺：以上填报内容完全真实，如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切后果与责任。签字： 年 月 日 |