**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 | | | | | | | | | | |