|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2020年克拉玛依市卫生健康委员会直属事业单位报名表** | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 族 别 |  |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 户籍所在地 |  |
| 身份证号 |  | | | 婚姻状况 |  |
| 毕业院校 |  | | | 院校所在地 |  |
| 所学专业 |  | | 生源地 |  | 毕业时间 |  |
| 学 历 |  | | 学 位 |  | 手机号码 |  |
| 邮 箱 |  | | 身 高 |  | 体 重 |  |
| 报考单位 |  | | | | | |
| 学习工作 简 历 及 获奖情况 |  | | | | | |
| 家庭主要 成员情况 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| 本人承诺 | 本人承诺上述所填内容真实有效，如有虚假信息，一经发现，取消聘用资格。  承诺人： 年 月 日 | | | | | |
| 备注：简历应从初中开始填写，并与个人档案记载一致。 | | | | | | |