义乌市精神卫生中心协议工作人员报名表

报名时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片（1寸近期免冠彩照） |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 籍贯 |  | 学历 |  |
| 专业 |  | 毕业院校 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 应聘岗位 |  |
| 家庭情况 | 称呼 | 姓名 | 出生年月 | 工作单位 | 职务 | 政治面貌 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 工作经历 |  |
| 报考承诺 | 本人承诺无违法违纪行为，以上填写内容真实无误，符合报考条件。如有虚假及违反情况，愿承担一切法律责任并接受相关处理。应聘人员签名：年 月 日 | 资格审核意见 | 审核人签字：年 月 日 |