遵义市妇幼保健院派遣制工作人员参聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 |  | 民族 | |  | 填表日期 | | |  | |
| 曾用名 | |  | | | 婚否 |  | 出生年月 | | ( 岁) | | | | 照片 | |
| 政治面貌及 加入党、团 组织的时间 | | |  | | | 籍贯 | 省 | 市(县) | | | | |
| 现居  住地 | | 省 市(县) 区 街道 号 | | | | | | | | | | |
| 户口所  在地 | |  | | | | | | 身份证号 | | |  | | | |
| 文化 (学 历) 程度 | | 学历 ( 于 年 月毕业于 院校 专业) | | | | | | | | | | | | |
| 现有资格等级证书 | | | |  | | | | | 资格取  得时间 | | |  | | |
| 有无高血压、癫痫及其他遗传、传染病或病史 | | | | | | | | | 无 ( ) 有 ( ) | | | | | |
| 本人通  讯方式 | | 电话:  邮箱: | | | | 紧急联人姓名、关系 及电话 | | |  | | | | | |
| 主要履历 | 起止时间 | | | | 本人主要就职单位及岗位 | | | | | | | | | 离职  原因 |
| ~ | | | |  | | | | | | | | |  |
| ~ | | | |  | | | | | | | | |  |
| ~ | | | |  | | | | | | | | |  |
| ~ | | | |  | | | | | | | | |  |
| 家庭成员 | 与本人 的关系 | | 姓名 | | 年龄 | 就职单位及岗位 | | | | | | | | 政治  面貌 |
| 父亲 | |  | |  |  | | | | | | | |  |
| 母亲 | |  | |  |  | | | | | | | |  |
| 配偶 | |  | |  |  | | | | | | | |  |
| 子女 | |  | |  |  | | | | | | | |  |
| 填表之日起前 15 天内是否接触过疑似、确诊新冠状病例：是【 】否【 】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 近 15 天内是否外出过黔：是【 】 否【 】；外出地  点 ，外出时间 ，返回时间 。 | | | | | | | 是否省外来黔人员：是【 】 否【 】；外来地点 ，  来黔时间 ；是否居家观察 14 天以上：是【 】 否【 】 | | | | | | | |
| 是否接种过新冠疫苗：是【 】接种地点： ；否【 】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 参聘岗位： ；何种渠道获得招聘信息： 。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺：本人填写的以上全部资料信息均属实，并认可以上全部资料信息的真实性与本人的最 终被录用、本人薪资及本人工作内容有必然因果关联性，并愿意承担法律责任。  本人亲笔签名确认：  (注：本表填写完毕，打印并亲笔签字后，扫描件与报名资料一起提交) | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名资料审查小组意见：  初审： 复核： 年 月 日  贵州森悦宏谦劳务有限公司 (制) | | | | | | | | | | | | | | |