附件

自治区残疾人联合会直属事业单位应聘报名登记表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘岗位 |  | | | | | | 政治面貌 | |  | | 照  片 | |
| 姓 名 |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | |
| 毕业院校  及 专 业  (最高学历) | 全日制  教 育 |  | | | | | | | 学位 |  |
| 在 职  教 育 |  | | | | | | | 学位 |  |
| 专业技术资格名称、  授予单位及取得时间 | |  | | | | | | | | | | |
| 现工作单位 |  | | | | | | 身份证号 | |  | | | |
| 家庭详细  住 址 |  | | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 学  习  经  历 | 起止时间 | 院校名称（从高中阶段填起） | | | | | | | 专业 | | | 研究方向 |
|  |  | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | |  |
| 工  作  经  历 | 起止时间 | 所在单位 | | | | | | | 从事的工作及职务 | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | |
| 主要科研、  论文成果及  奖惩情况  （附证明材  料复印件） |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 称谓 | 姓名 | | 年龄 | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | | |
| 报名人  承 诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。  报名人签名： | | | | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | 审查人签名：  审查人签名： | | | | | | | | | | | |