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： |