**厦门市湖里区江头街道社区卫生服务中心**

**补充非在编人员报名表**

**报考岗位： 日期：** **年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 |  | 婚姻 状况 |  | 健康状况 |  |
| 户籍地址 |  | 专业技术 资格证书 |  |
| 现居住地址 |  | 计算机操作水平 |  |
| 身份证号 |  | 联系方式 | 电子邮箱： |
| 手 机 ： |
| 固定电话： |
| 毕业院校及专业 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 个人简历（从高中起） | 起止年月 | 单位及职务 |
|  |
| 家庭主要成员情况 | 成员 | 姓 名 | 出生年月 | 单位职务 | 政治面貌 |
| 配偶 |  |
| 父亲 |
| 母亲 |
| 子女 |
| 近年来奖惩情况 |  |
| 声明 | 本人保证上述所填信息真实无误，如因填写有误或不实而造成的后果，均由本人负责。 签 　　名： 　　 年 月 日 |
| 资格审查 |  审查人签名：　　　 　年　　月　　日 |

备注：相片为二寸彩色免冠照片。