**附件1**

**2017年北安市卫生和计划生育局下属事业单位**

**公开招聘工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生年月 |  | | 照  片 |
| 籍贯 |  | | | 民族 |  | 政治面貌 |  | |
| 学历 |  | | | 学位 |  | 毕业时间 |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | 联系电话 |  | |
| 工作单位 | | |  | | | | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | |
| 毕业院校及专业 | | |  | | | | | | |
| 报考单位 | | |  | | | | 报考岗位 |  | |
| 是否符合项目生  加分政策 | | |  | | | | 政策性  加分数 |  | |
| 工作经历 | |  | | | | | | 报名人承诺  本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。   签名：  年  月  日 | |
| 家庭成员  及联系方式 | |  | | | | | |

说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系耽误考试聘用的后果自负。