附件2:

黔西南州红十字会

2020年公开考聘事业单位工作人员报名表

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 | |  | | | | | 民族 | |  | | | | 照片 |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | 出生日期 | |  | | | |
| 政治面貌 | |  | | | 户籍所在地 | | | |  | | | 基层工作年限 | |  | | | |
| 学历 | |  | | | 学位 | | | |  | | | 毕业时间 | |  | | | |
| 毕业院校及专业 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | | |  | | | | | | | | | 工作时间 | |  | | | |
| 是否在职在编 | | | |  | | 单位性质 | | | |  | | 报考人  岗位性质 |  | | | | |
| 近三年年度  考核结果 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 是否满足该职位要求的其它报考条件 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 个人  简历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名信息  确认栏 | | | | 本人承诺：本人上述填写内容和提供的相关依据真实，符合报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。  报考人（签名）： 2020年月日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 报考人所在单位意见 | 公章  2020年 月 日 | | | | | | | 单 位所在地组 织人 社部 门意 见 | | | 公章  2020年 月 日 | | | | 考 聘单 位审 查意 见 | | 审查人签字：  2020年 月 日 | |