附件

西吉县2022年基层服务专项计划报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | | 出生年月 | | | |  | | 电子照片 |
| 民 族 |  | | 籍贯 |  | | | 政治面貌 | | | |  | |
| 学 历 |  | | 学位 |  | | | 毕业时间 | | | |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 | | |  | | | |
| 健康状况 |  | | | | | 身份证号码 | | |  | | | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | 家庭住址 | | |  | | | | |
| 报考岗位 |  | | | | | | |  | | | |  | |
| 是否参加三支一扶考试 |  | | | | | | | 是否全日制高等院校毕业 | | | |  | |
| 个人简历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 获得过何种专业证书，有何专长 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所受奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 联系人： | | | 联系电话1： | |  | | | | | 联系电话2： | | |  |
| 资格审核结果及意见 | | 审核意见：  审核部门负责人： 审核人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 请应聘者认真阅读《公告》后如实填写。应聘者隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，依法依规取消招募资格，造成的一切损失由应聘者本人承担。学历、学位等复印件及相关资料可后附。 | | | | | | | | | | | | | |

本人确保所填内容的真实性、准确性，若确认无误，请签字确认**:**