附件：

**司勤岗位非在编工作人员照片报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\* 姓 名** |  | | 性 别 | |  | | （1寸照片） |
| **\* 身份证号** |  | | 民 族 | |  | |
| **\* 婚姻状况** |  | | 籍 贯 | |  | |
| **\* 学 历** |  | | 所学专业 | |  | 毕业学校 |  |
| 政治面貌 |  | | 参加工作时间 | |  |
| **\*紧急情况联络人及电话** |  | | | | | **\*户籍所在地** |  | |
| **\*联系地址** |  | | | | | **\* 邮政编码** |  | |
| **\*准驾车型** |  | | **\***取得驾照时间 | |  | **\* 手 机** |  | |
| 住宅电话 |  | | 电子邮箱 | |  | | | |
| **\***  **本**  **人**  **简**  **历** | **起止年月** | | **工作(学习)单位** | | | **职 务** | | |
|  | |  | | |  | | |
| 家庭  主要  成员 | 关 系 | 姓 名 | | 单 位 | | 职 务 | 联系电话 | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
| **\*有无重大伤病、疾病、传染病、遗传病或慢性病史** | | | | | **本人确认：所填写的内容完全属实，如有虚假情况，一切责任及后果均由本人承担。**  **签名： 日期：** | | | |
|  | | | | |

说明：1、本表要求**本人填写**，并对内容的真实性负责；2、项目前加**\***的必须填写。