附件1：

黑河市精神病人福利院（黑河市康宁医院）

招聘工作人员报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 张三 | 性别 | 男 | 出生年月 | 1991.01 | 照  片 |
| 籍贯 | 黑龙江黑河 | 民族 | 汉 | 政治面貌 | 群众 |
| 学历 | 本科 | 学位 | 学士 | 毕业时间 | 2014.06 |
| 联系电话 | | 1XXXXXXXXXX | | | |
| 身份证号码 | | 23XXXXXXXXXXXXXXXX | | | |
| 工作单位 | | 黑河市精神病人福利院（例） | | | | |
| 家庭住址 | | 黑龙江省黑河市爱辉区机场路59号（例） | | | | |
| 毕业院校及专业 | | XX大学XX专业（例） | | | | |
| 报考职位 | |  | | | | |
| 个  人  简  历 | XXXX年XX月XX日-XXXX年XX月XX日某大学 学生  XXXX年XX月XX日-XXXX年XX月XX日某公司 职员 | | | | | 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  主要  社会  关系  单位  职务 | 张XX 父亲 XX公司 职员  李XX 母亲 个体  王XX 岳父 务农  赵XX 岳母 无业 | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | |
| 审核  意见 |  | | | | | |

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。