**枣庄市肿瘤医院委托招聘劳务派遣制工作人员报名登记表**

  岗位名称：                                        日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | | | 民族 |  |  |
| 政治面貌 |  | 毕业时间 |  | 学历 |  |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  | |
| 资格或职称证书 |  | | | | | |
| 户口所在地 |  | | | 联系电话 |  | |
| 个人   学习   和     工作    简历 |  | | | | | |
| 奖励   或     惩处   情况 |  | | | | | |
| 主要社会关系 |  | | | | | |
| 审     查     意     见 | 年   月   日 | | | | | |