**故城县基层社会救助人员报名初审表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | 出生年月 |  | |  |
| 政治面貌 |  | | 民族 |  | | 生源地 |  | 户口  所在地 |  |
| 毕业学校及专业 |  | | | | | 学历  学位 |  | 毕业  时间 |  |
| 报考部门及招聘单位 |  | | | | | 职位代码 |  | 报考  岗位 |  | |
| 是否具有工作经历 |  | 本人  联系电话 | | | 固定电话：  手 机： | | | 身份  证号 |  | |
| 紧急联系人  电话 | 姓名 ： 电话： （请保持24小时开机状态） | | | | | | | | | |
| 家庭住址： |  | | | | | | | | | |
| 学习  工作  简历 |  | | | | | | | | | |
| 及社会关系  家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | | 工作单位  （无单位填现职业） | | | | 个  人  诚  信  保  证 | 本人以上所填各项内容真实，所提供报考资料原件和复印件齐全真实，如有虚假，取消聘资格，责任自负。  本人签字：  年 月 日 | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
| 审  查  意  见 | （签字）  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：1.此表一式两份。表格内容必须由本人手工填写，机打无效。

2.每人只能报考一个岗位。