附件

公开选调运城市红十字会工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性　　别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 民　　族 |  |
| 身份证号 |  |
| 手　　机 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 家庭主要成员和重要社会关系 |
| 称谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
| 配偶 |  |  |  |  |
| 子/女 |  |  |  |  |
| 子/女 |  |  |  |  |
| 父亲 |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |
| 岳父/公公 |  |  |  |  |
| 岳母/婆婆 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 个人简历 |
| 起始时间 | 工作单位职务 | 业务描述 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 工作期间获得何种奖励 |
|  |
| 其他 |
| 有无宗教信仰 |  | 是否参加民主党派 |  |
| 遗传病史 |  | 其他需要说明的情况 |  |
| 我郑重承诺以上填报信息真实准确，如上述信息虚假不实，愿意承担由此造成的一切责任和后果。 |
| 本人签字： | 报名日期 |  年 月 日 |