附件：

沙坪坝区卫生健康委专职党建工作指导员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 民 族 | 　 | 照片 |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份证号 |  | 是否参加社保 |  |
| 入党时间 |  | 基层工作经历年限 |  | 婚姻状况 | 　 |
| 学 历 学 位 | 全日制教  育 |  | 毕业院校系其专业 |  |
| 在  职教  育 |  | 毕业院校系其专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 现工作单位工作时间 |  | 联系电话（含固定电话及手机号码） |  |
| 报考单位职位 |  |
| 简历(从大学教育起) |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 与本人关系 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | 户口所在地 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 本人郑重承诺对以上填写内容和相关证明材料的真实性负责，如有虚假，愿承担一切法律责任及由此造成的后果。                                                            本人签名：年   月     日 |