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 | | | | | | | | | | |