附件

**丽水市红十字会高校毕业生见习岗报名表**

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 手机号 |  | 身份证号码 |  |
| 学历学位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 家庭住址及联系方式 |  |
| 学习简历 |  |
| 主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | 本人承诺以上填写内容均属实，如有虚假，本人承担一切相应后果。 承诺人： 年 月 日 |
| 审核聘用意见 |  |