附件1：

河东区卫生健康系统公开招聘劳务派遣人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 | |  | 性　别 |  | 出　生  年　月 | |  | 照  片 |
| 民　族 | |  | 籍　贯 |  | 出生地 | |  |
| 参加工作年月 | |  | 入　党  年　月 |  | 健　康  状　况 | |  |
| 专业技术职务 | |  | 熟悉专业  有何专长 |  | | | |
| 报考岗位 | |  | | 毕业院校系及专业 | |  | | |
| 联系电话 | |  | | 身份证号 | |  | | |
| 工  作  简  历 |  | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | |

注：“入党年月”栏是非中共党员的填写党派名称及加入时间。