附件2

厦门市残疾人联合会所属事业单位厦门市残疾人

康复中心补充非在编工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 政 治面 貌 |  | 参加工 作时间 |  | 健康状况 |  |
| 身 份证 号 |  | 熟悉专业有何特长 |  | 职称 |  |
| 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 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 户口所在地 |  | 电子邮件 |  |
| 报考岗位 |  |
| 个人简历（从高中起） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 |  |
| 应聘人员签 名 | 本人确认自己符合报考岗位所需的条件，无犯罪记录，无违反计生政策，所提供的材料真实、有效，如经审查不符，承诺自动放弃考试和聘用资格。  应聘人： 年 月 日 | 招聘工作领导小组审查意见 |  |

**注：**应聘者应对自己所填资料的真实性负责，凡有弄虚作假者，取消录用资格。