附件：

诸暨市残疾人专职委员公益性岗位招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 民 族 |  |
| 文化程度 |  | 身份证号 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾证号 |  |
| 现工作单位 |  | 应聘单位 |  |
| 家庭地址 |  | 邮编 |  |
| 联系电话 |  |
| 本人简历 |  |
| 镇乡（街道）招聘初审意见 | 初审人签字：盖章： 年 月 日 | 市残联复审意见 | 复审人签字： 盖章： 年 月 日 |
| 本人承诺 | 本表所填内容真实可靠，如有虚假，本人愿意承担一切责任。（其它承诺事项）：承诺人签字： |
| 备注 |  |