附件2

明光市殡葬管理所工作人员报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生日期 | 年 月 日 | 政治面貌 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 学历 |  | 毕业学校 |  | 专业 |  |
| 会计资格证证书号 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 个人简历 | 起止年月 | 学习及工作经历 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭成员情况 | 称谓 | 姓名 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人声明 | 本人所填写的信息、相关材料和证件真实有效，如有不实，本人愿承担取消招聘资格的责任。 签名： 年 月 日 |
| 初步审核意见 |  年 月 日 | 复审审核意见 | 年 月 日 |

**注：1、本表内容必须填写齐全。　　2、本表要求统一用A4纸打印。**