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。**