附件1：

劳务派遣类工作人员报名登记表

|  |
| --- |
|   |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 参加工作时 间 |  |
| 健康状况 |  | 婚姻状况 |  | 职 称 |  |
| 身份证号 |  |
| 类 别 | 学历 | 学位 | 毕业院校、系及专业 |
| 全日制教育 |  |  |  |
| 在职教育 |  |  |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 联系手机 |  | 身高 |  |
| 简历 |  |
| 何时、何地受过何种奖励、处分或处罚 |  |
| 有何特长或业绩 |  |
| 家庭成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 个人承诺 | 我已详细阅读了招聘公告相关要求，确信符合招聘条件要求。本人保证填报资料真实准确，如因个人原因填报失实或不符合招聘条件要求而被取消招聘资格的，由本人负责。 本人签名： 年 月 日  |
| 备 注 | 1.家庭成员主要包括：父母、配偶、子女及其配偶，其中父母包括养、继父母，子女包括养、继子女。2.重要社会关系包括：①旁系血亲关系，包括伯叔姑舅姨、兄弟姐妹等。②其他近姻亲关系，包括配偶的父母、配偶的兄弟姐妹等。 |

附件2：

个人健康申报承诺书

 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 单位和职务 |  |
| 现住地址 |  |
| 联系电话 |  |
| 有无以下情况：（在相应文字画圈）1. 14天内是否有发热、咳嗽、乏力、呕吐、腹泻等症状？有 无
2. 21天内是否有国内疫情中高风险地区旅居史？有 无
3. 28天内是否有国（境）外旅居史？有 无
4. 21天是否与其他去过中高风险地区正在居家医学观察期的人员共同居住？有 无
5. 是否被判为新冠肺炎确诊、疑似病例或无症状感染者的密切接触者？ 是 否
6. 是否接种新冠病毒疫苗？A完成接种；B仅接种一针；C未接种
 | 有此情况请简单描述： |
| 需要申报的其他情况： |
| 本人承诺：1.本人充分理解并遵守各项防疫安全要求，面试期间将自行做好防护，自觉配合体温测量等防疫工作。2.面试期间如出现咳嗽、发热等身体异常情况，将自觉接受流行病学调查，并主动配合落实相关疫情防控措施。3.本人在面试期间严格遵守疫情防控要求，非必要不出连。4.以上内容属实，如隐瞒、虚报、谎报、本人愿意承担相关法律责任和后果。承诺人（签名）： |