附件1

**伊川县就业困难人员公益性岗位报名表**

填报时间： 年 月 日 编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 籍贯 |  |
| 政治面貌 |  | 文化程度 |  | 毕业院校 |  |
| 身份证号 |  | 年龄 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 意向单位 |  |
| 就业困难认定时间及类别 |  |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 与本人关系 | 年龄 | 职业 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历 | 起始时间 | 所在单位 | 岗位 | 离岗原因 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 个人愿意为以上填写资料的真实性负责，若有虚假，愿意承担由此带来的一切责任。本人签字：  |