附件

江西省医疗保险基金管理中心公开招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期1寸彩照（电子） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 参加工作时 间 |  |  |
| 政治面貌 |  | 婚 姻状 况 |  | 健康状况 |  |  |
| 专业技术职称 |  | 家 庭住 址 |  |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 选报岗位 |  |
| 主要学习经历（从高中毕业后起） | 起止时间（年、月） | 毕业院校及专业 | 学历、学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 |  |
| 个人承诺：本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。签名： 年 月 日 |