**市医疗保障局编外人员入职登记表**

**单位名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** | |  | | **出生年月** |  | | **照**  **片** |
| **民族** |  | **政治面貌** | |  | | **婚姻状况** |  | |
| **毕业院校及毕业时间** |  | | | | | **学历** |  | |
| **所学专业** |  | | | | | **学位** |  | |
| **身份证号** |  | | | | **进入单位时间** | |  | | |
| **户籍性质** | **农业 □ 非农 □** | | | | **户籍所在地** | |  | | |
| **缴纳社保情况** | **没有在缴纳 □ 还在缴纳 □** | | | | **缴纳公积金情况** | | **没有在缴纳 □ 还在缴纳 □** | | |
| **办理农商行卡情况** | **有 □ 无 □** | | | | **（若有）卡号** | |  | | |
| **专业证书或资格** |  | | | | **职称或职务** | |  | | |
| **固定电话** |  | | **移动电话** | |  | | **Email** |  | |
| **通讯地址** |  | | | | | | **邮编** |  | |
| **学习工作简历**  **（从高中开始填写）** |  | | | | | | | | |
| **奖惩情况** |  | | | | | | | | |
| **招录单位审核意见** |  | | | | | | | | |
| **本人以上所填写资料都是真实有效的，如有不实，一切后果自负。（如果社保、住房公积金在别处缴纳，要及时停保，由我局统一缴纳。）**  **填表人：**  **年 月 日** | | | | | | | | | |