附件：

防城港市医疗保障服务中心

公开招聘工作人员报名登记表

|  |
| --- |
|  填报日期： 年 月 日 |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 照片 |
| 出 生年 月 | 　 | 民 族 | 　 |
| 籍 贯 | 　 | 户籍所在地 | 　 |
| 政 治面 貌 |  | 健 康状 况 | 　 |
| 婚 姻状 况 |  | 计算机水 平 |  |
| 获得何种证 书 |  | 专业技术职 称 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 学 历 |  | 学 位 |  |
| 现居住地（常住地） | 　　 |
| 移动电话 |  | 固定电话 |  | 电子邮件 |  |
| 特长及爱好 |  | 身份证号 | 　 |
| 个人简历 |  |
| 招聘单位审核意见　 |
| 　 | 　 |
|
| 　 |  |  |  |  | （单位公章） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 年 月 日 |