附件：**永定区医疗保障局公益性岗位公开招聘人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性别 |  | 民  族 |  | 照片 | |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  |
| 户籍  所在地 |  | | | 户口性质 |  |
| 身份证号 |  | | | 婚姻状况 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 困难人员类别 | □4050人员        □城镇零就业家庭人员      □城市低保人员      □身体残疾人员     □抚养未成年子女单亲家庭  □军队退役人员                 □城乡低保家庭、孤儿、残疾人、纯农户高校毕业生    □烈士家属     □连续失业一年以上的其他人员        □建档立卡贫困家庭劳动力  □失地农民           □其他 | | | | | | |
| 就业创业证编号 |  | | | 是否有公益性岗位经历或享受社会保险补贴优惠政策 | | |  |
| 简  历 |  | | | | | | |
| 兴趣特长 |  | | | | | | |
| 备   注 |  | | | | | | |