**附件：**

**象山县医疗保障局公开招聘编制外人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 毕业时间 |  | | |
| 毕业学校 |  | | | | |
| 所学专业 |  | 最高学历 |  | | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  | |
| 家庭地址 |  | | | | | |
| 现住址 |  | | | | | |
| 学习  工作  简历 |  | | | | | |
| 获奖情况及特长 |  | | | | | |
| 本人承诺 | 上述内容均真实可靠，如有不实之处由本人承担责任。    年 月 日  报考人（签名）： | | | | | |
| 审查意见 |  | | | | | |  |