附件

灵川县医疗保障局聘用制工作人员应聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 出生年月  （岁） |  | 近期免冠1寸彩照 |
| 民 族 | |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入 党  时 间 | |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 | |  | | | | |
| 家庭住址及联系电话 | |  | | | | |
| 有何专长 | |  | | | | |
| 学 历  学 位 | | 全日制  教 育 |  | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 在 职  教 育 |  | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 简  历 |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | |
| 家  庭  成  员 | 称谓 | 姓 名 | 出生日期 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 主  要  社  会  关  系 | 称谓 | 姓 名 | 出生日期 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 招聘单位意见 | 审核人签字：    年 月 日 | | | 人社部门意见 | 审核人签字：    年 月 日 |

填表说明：简历从高中（中专）开始写起，工作简历填写必须连续，有待业情况也必须填写。