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。