赤水市医保局招聘公益性岗位人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | | 民族 | |  | 贴相片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | | | 政治面貌 | |  |
| 户籍地 |  | | | | | 婚姻状况 | |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 | | |  | |
| 居住地址 |  | | | | | 邮 编 | |  |
| 毕业院校 |  | | | | | 毕业时间 | |  | |
| 所学专业 |  | | | | 学历及学位 | | |  | |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） |  | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | |
| 本人签字 | 本人承诺以上内容属实。  签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 审核意见 | 签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | |