附件

北海市医疗保障事业管理中心工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性别 |  | 出生  年月 |  | 民族 |  | 近期  免冠  2寸  照片 |
| 入党时间 |  | 健康  状况 |  | 婚姻  状况 |  | 身高 |  |
| 户口  所在地 |  | | | 身份证号码 |  | | |
| 毕业学校  及专业 |  | | | 学历 |  | 毕业时间 | |  |
| 现工作单位 |  | | | | | 参加工作时间 | |  |
| 居住地址 |  | | | | | 手   机 | |  |
| 个人  简历 |  | | | | | | | |
| 有何特长  或突出成绩 |  | | | | | | | |
| 家庭主要成员及社会关系 | 与本人关系 | 姓名 | | 联系方式 | | 工作单位及职务 | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。  申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | |