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 |