附件2

**2023年耒阳市公开选聘医疗保障工作人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  |
| 户口所在地 |  | 联系电话 |  |
| 通信地址 |  | 邮　编 |  |
| 现工作单位 |  | 编制性质 |  |
| 最高学历 |  | 毕业学校及时间 |  | 所学专业 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 报名人员承诺 |  本人承诺所提供的材料真实有效，符合选聘岗位所需资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试资格。 报名人签名：  年 月 日 | 资格初 审意见 |  年 月 日 |

说明：编制性质一栏填差额事业编制/全额事业编制