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