附件

怀化市医疗保障局基金核查和结算中心

招聘报名表

应聘单位： 应聘岗位： 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 相片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 职称、执（职）业资格 |  | 取得时间 |  |
| 户籍所在地 |  | 婚姻状况 |  | 档案保管单位 |  |
| 身份证号 |  | 有何特长 |  |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编号 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| 简历 |  |
| 与应聘岗位相关的实践经历或取得的成绩 |  |
| 应聘人员承诺 |  本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用的资格。应聘人的签名：  年 月 日 | 资格审查意见 | 经审查，符合应聘资格条件。审查人签名： 招聘单位（章）年 月 日 |
| 备注 |  |

说明：1、报名序号由招聘单位填写。2、考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资质。3、经审查符合报名条件，由考生现场确认，此报名表由招聘单位留存。4，考生需准备1寸彩色照片3张。照片背面请写上自己的名字。5、如有其他学术成果或课题及要说明的情况可另附