附件

钦州市医疗保障局聘用人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 彩色照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入 党时 间 |  | 毕业时间 |  | 健康状况 |  |
| 技术职称 |  | 专业特长 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |   |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |   |
| 现工作单位及职务 |  | 身份证号 |  |
| 家庭详细住址 |  | 联系电话 |  |
| 简历 | 2014.09--2018.06 xx学校xx学院xx专业学习（例）2018.06--2019.06 待业（例）（注意，简历中经历时间首尾需衔接） |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭成员基本情况 | 与本人关系 | 姓名 | 现所在单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 报名人承诺 |  本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。报名人签名：年 月 日 |
| 资格审查意见 |  审查人签名：年 月 日 |