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 | | | | | | | | |