天等县医疗保障局招聘人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | | 出生年月日 | | |  | 2寸正面免冠近照 |
| 民族 | |  | | 婚否 |  | | 健康状况 | | |  |
| 政治  面貌 | |  | | 身份证  号码 |  | | | | | |
| 专业 | |  | | 毕业  时间 |  | | 学位 | |  | |
| 毕业学校 | |  | | | 户籍  所在地 | |  | | | | |
| 学历 | | 全日制  教 育 | |  | | 毕业学校、院系  及专业 | | |  | | |
| 在 职  教 育 | |  | | 毕业学校、院系  及专业 | | |  | | |
| 资格证 | |  | | | | | | | | | |
| 等级证书 | |  | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | E-mail | |  | | | |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | | |
| 有何特长 | |  | | | | | | | | | |
| 简历（从高中开始） | 起止时间 | | | 学习工作单位 | | | 学校专业/工作单位职位 | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭情况 | 姓名 | | 关系 | 工作单位及职务或通讯地址 | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |
| 报名人承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。  报名人签名： | | | | | | | | | | |

注：1、本表一式二份；2、若所填写单元格没有内容，请统一填写“无”；3、家庭主要成员社会关系一栏如果无工作单位请填写通讯地址；4、应聘人签名要求手写。