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。