天等县医疗保障局招聘人员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  | 相片 |
| 学历 |  | 婚否 |  | 民族 |  |
| 专业 |  | 毕业学校 |  |
| 健康状况 |  | 身份证号码 |  |
| 政治面貌 |  | 户籍所在地 |  |
| 参加工作时间 |  |
| 联系电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 原工作单位 |  |
| 离职原因 |  |
| 简历 | 起止时间 | 学习工作单位 | 学校专业/工作单位职位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭情况 | 姓名 | 关系 | 工作单位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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： |