附件

广安市广安区医疗保障局劳务派遣

工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月(  岁) |  | | 2寸证件照 |
| 民族 | |  | 籍贯 |  | 出生地 |  | |
| 政治  面貌 | |  | 入党（团）时间 | |  | | |
| 健康  状况 | |  | | 兴趣爱好（特长） |  | | |
| 学历  学位 | | 全日制教育 |  | | 毕业时间院校系及专业 |  | | |
| 在职  教育 |  | | 毕业时间院校系及专业 |  | | |
| 身份证号码 | | |  | | | 联系  电话 |  | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | |
| 学习  工作  简历 |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 何时何地受过何种奖励或处分 |  | | | |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 政治面貌 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 其他需说明事项 |  | | | |
| 个人承诺 | 我已详细阅读招聘公告并知晓相关要求，确认符合招聘条件及职位要求。本人自愿报考并保证提交、填报资料的真实准确性。如因个人原因填报失实或不符合招聘条件而被取消招聘资格，由本人承担一切责任。    本人签名：                                    年  月  日 | | | |