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 |