附件

市医疗保障局公开招聘合同制工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 | |  | 出生年月  （ ）岁 |  |  |
| 民族 | |  | 籍贯 | |  | 出生地 |  |
| 入党  时间 | |  | 参加工作时间 | |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 | |  | | | | 熟悉专业  有何专长 |  | |
| 学历  学位 | | 全日制 | |  | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 在职教育 | |  | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 现工作单位及职务 | | | |  | | | | |
| 联系电话 | | | |  | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | |

注：此表须如实填写，如有弄虚作假，一经查实，取消资格。