附件

**盐城市医疗保险基金管理中心大丰分中心**

**公开招聘劳务派遣人员报名表**

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 2寸近期免冠照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 参加工作时间 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职称 |  | 驾照类型 |  | 专业特长 |  |
| 全日制教育 | 学历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 学位 |  |
| 在职教育 | 学历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 学位 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 个人简历 |  |
| 主要实绩 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 籍贯 | 政治面貌 | 工作单位职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 办公电话 |  | 住宅电话 |  |
| 移动电话 |  | 电子信箱 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 应聘承诺 | 　　本人经慎重考虑，申请加入贵单位。　　本人申明保证以上信息及相关附报材料的真实性，如被录用后经查不实，本人同意作为被解聘的理由。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　签 名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日 期：  |
| 资格审查结果 | 　　　　　　　　 　　（盖章）　　　　　　 　　年　 月　 日 |

**注意**：本表中所填内容以及所提供材料均真实有效，如有不实之处，取消录用资格。