彝良县医疗保障局办公室公益性岗位报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 健康状况 |  | 婚否 |  | 是否符合招聘条件 |  |
| 学历学位 |  | 毕业院校 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 奖惩情况（后附证明材料） |  |
| 学习和工作简历 | 起止时间 | 学习院校及专业（工作单位及职务） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家庭成员 | 姓名 | 关系 | 年龄 | 工作单位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 审核意见 |  |