附件：

**盐城市医疗保险基金管理中心大丰分中心报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 婚 否 |  |
| 政 治面 貌 |  | 外 语水 平 |  | 计算机水 平 |  |
| 毕业院校 |  | 专 业 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  | 已考取有关资格 |  |
| 身份证号 |  | 联 系电 话 |  |
| 简 历 (高中起，含社会实践经历) |  |
| 家庭成员 | 姓名 | 关系 | 所在单位 | 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人承诺 | 上述本人所填信息真实有效。若有虚假，可取消招录资格。签字： 年 月 日 |
| 审核意见 | 单位（盖章） 年 月 日  |