附件

黔西南州医疗保障事务服务中心招聘派遣制员工报名表

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 学历 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 职称 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 婚否 |  | 配偶基本情况 | 姓名 |  |
| 单位 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 |  |
| 报名信息确认 | **以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。****签名：代报人员签名：** |
| 审核意见 | 审核人签字：年　月　日（盖章） |
| **注：**报名序号由报名处工作人员填写，其余项目由报考人员填写，填写时请仔细核对。 |