**苏州市医疗保障基金管理中心公益性岗位人员**

**招 聘 报 名 表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | **（贴照片处）** |
| 户籍地（毕业生填生源地） |  | 政治面貌 |  |
| 现工作单位（毕业生填所在院校） |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 专业 |  |
| 参加工作时间（应届生填毕业时间） |  | 职称 |  | 档案关系所在地 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 应聘单位名称 |  |
| 应聘岗位名称 |  | 专业类别 |  |
| 个人简历 |  |
|  |  |
| 个人简历 |  |
| **报名者承诺：以上填报信息完全符合事实，无故意隐瞒、虚假申报或重复报名等行为；所提供的应聘材料和证书（件）均为真实有效；与应聘单位领导人员不存在须回避的关系。如有不实，一切后果由报名者自负。****报名者签名：** **2021年 月 日** |
| **招聘单位初审意见： 签名（盖章） 2021年 月 日** |

**资 格 审 查 记 录**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **资格审查项目****（合格的打√）** | **户籍生源地** | **年龄条件** | **学历要求** | **专业要求** | **其他资格条件** |
|  |  |  |  |  |
| **验证人员****审核意见** | **工作人员签名： 2021年 月 日** |
| **报名者另需****说明的事项** | **报名者签名： 2021年 月 日** |