附件：

路桥区医疗保障局招聘编制外工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性  别 |   | 出生年月(  岁) |   | 2寸证件照 |
| 民 族 |   | 籍  贯 |   | 出 生 地 |   |
| 入 党时 间 |   | 参加工作时    间 |   | 健康状况 |   |
| 专业技术职称 |   | 有何专长 |   |
| 学 历学 位 | 全日制教  育 |   | 毕业时间院校系及专业 |   |
| 在  职教  育 |   | 毕业时间院校系及专业 |   |
| 身份证号码 |   | 联系电话 |   |
| 本人简历 |  |
| 重要社会关系及家庭主要成员 | 称 谓 | 姓  名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 个人承诺 | 我已详细阅读了招聘公告及相关要求，确认符合招聘条件及职位要求。本人自愿报考并保证填报资料真实准确，如因个人原因填报失实或不符合招聘条件、职位要求而被取消招聘资格的，由本人承担一切责任。 本人签名：                                                               年    月   日 |