附件

**泸州市龙马潭区医疗保障局应聘人员登记表**

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | 证件照  **（必须有照片）** | |
| 户籍所在地 |  | 民 族 |  | 最高学历（全日制） |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 工作状态 | □在职 □待业  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 家庭住址 |  | | | 参加工作时间 | |  | |
| 有何特长 |  | | | | | | |
| **学习经历**  （高中以下不填） | 起止时间  （年/月） | 毕业学校 | | 专业 | 学历、学位 | 是否  全日制 | 是否211、985院校 |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| **工作经历**  （从最近任职的单位起） | 起止时间  （年/月） | 工作单位 | | 岗位 | 岗位职责 | 工作证明人及联系方式 | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
| **职业/执业资格、职称证书** | 授予时间 | 证书全称 | | | 发证机关 | | |
|  |  | | |  | | |
|  |  | | |  | | |
|  |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **主要工作业绩** |  | | | | |
| **学习工作期间奖惩情况** |  | | | | |
| **家庭主要成员及重要社会关系** | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **有无重大病史** |  | | | | |
| **最快可到岗**  **时间** |  | | | | |
| **特别说明：**  1、本人承诺上表事项均详实可靠，自愿接受单位对表内资料的核实，如有虚假、隐瞒或故意遗漏而导致单位与本人订立劳动合同，单位有权解除劳动合同。  2、本人承诺其联系方式真实有效，且如有变更，应在3日内及时书面通知单位，而在此期间或之后因未及时通知单位变更相关联络方式导致相关文书不能送达的，相关责任和法律后果由本人承担。  承诺人签名： 年 月 日 | | | | | |