附件：

医疗保障电话咨询员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （照片1寸） |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 所学专业 |  |
| 毕业院校 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 |  |
| 受奖惩情况、获得过何种专业证书，有何专长 |  |
| 备注 |  |
| 请应聘者认真阅读《公告》后如实填写。应聘者隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，由招聘主管部门取消应聘者的考试及聘用资格，所造成的一切损失由应聘者本人承担。**本人应确保所填内容的真实性，若确认无误，请签字确认：**  |