**市医疗保障局编外人员入职登记表**

**单位名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **照****片** |
| **民族** |  | **政治面貌** |  | **婚姻状况** |  |
| **毕业院校及毕业时间** |  | **学历** |  |
| **所学专业** |  | **学位** |  |
| **身份证号** |  | **进入单位时间** |  |
| **户籍性质** | **农业 □ 非农 □** |  **户籍所在地** |  |
| **缴纳社保情况** | **没有在缴纳 □ 还在缴纳 □**  | **缴纳公积金情况** | **没有在缴纳 □ 还在缴纳 □** |
| **办理农商行卡情况** | **有 □ 无 □** | **（若有）卡号** |  |
| **专业证书或资格** |  | **职称或职务** |  |
| **固定电话** |  | **移动电话** |  | **Email** |  |
| **通讯地址** |  | **邮编** |  |
| **学习工作简历****（从高中开始填写）** |  |
| **奖惩情况** |  |
| **招录单位审核意见** |  |
| **本人以上所填写资料都是真实有效的，如有不实，一切后果自负。（如果社保、住房公积金在别处缴纳，要及时停保，由我局统一缴纳。）** **填表人：** **年 月 日** |