附件

阳西县医疗保障服务中心带编选调工作人员报名表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 大  一  寸  照  片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 婚姻状况 |  | 健康  状况 |  | 身份证  号码 |  | |
| 现工作单位及职务 |  | | | 联系电话 |  | |
| 有何种技术职称或专长 |  | | | | | |
| 本人简历 |  | | | | | |
| 家庭成员及主要社会  关系 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
| 报名人员  声明 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。  报名人签名： 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 资格审查  意见 | 审查人签名： 日期： 年 月 日 | | | | | |