附件2

桐庐县医疗保障局公开招编外人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 出生年月 |  | | 贴照片或者彩打照片 |
| 民族 |  | | 籍贯 | |  | | 政治面貌 |  | |
| 入党时间 |  | | 参加工作时间 | |  | | 健康状况 |  | |
| 专业技术职务 |  | | | | 熟悉专业有何特长 | |  | | |
| 文化  程度 | 全日制教育 | |  | | | | 毕业院校系及专业 |  | | |
| 在职教育 | |  | | | | 毕业院校系及专业 |  | | |
| 应聘岗位 | | |  | | | | | | | |
| 简  历 | （从高中毕业后写起） | | | | | | | | | |
| 曾获荣誉、奖项等 |  | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | | 出身年月 | | 政治面貌 | | | 工作单位及职务 | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
| 联系方式 | |  | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | |
| 诚信确认 | | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。**  **应聘人签名：年月日** | | | | | | | | |
| 审核  意见 | | 年　月　日 | | | | | | | | |