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 |