天等县医疗保障局招聘人员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生年月日 |  | 相片 |
| 学历 | |  | | 婚否 |  | 民族 |  |
| 专业 | |  | | | 毕业学校 |  | |
| 健康状况 | |  | | | 身份证号码 |  | |
| 政治  面貌 | |  | | | 户籍所在地 |  | | |
| 参加工作  时间 | |  | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | |
| 联系地址 | |  | | | | | | |
| 原工作单位 | |  | | | | | | |
| 离职原因 | |  | | | | | | |
| 简历 | 起止时间 | | | 学习工作单位 | | 学校专业/工作单位职位 | | |
|  | | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | | |
| 家庭情况 | 姓名 | | 关系 | 工作单位 | | | | |
|  | |  |  | | | | |
|  | |  |  | | | | |
|  | |  |  | | | | |
| 报名人承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。  报名人签名： | | | | | | | |