崇左市医疗保障事业管理中心编外

聘用人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月（ 岁） |  | （照片） |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 入党  时间 |  | 健康  状况 |  | 专业技术职称 |  |
| 曾任党内  （行政）职务 | |  | | 熟悉专业  （有何专长） | |  |
| 学历  学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校及专业 |  | | |
| 在职  教育 |  | 毕业院校及专业 |  | | |
| 联系  电话 |  | | 邮箱地址 |  | | |
| 现任职务 | |  | | | | |
| 居住地 | |  | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | |
| 学  习  和  工  作  简  历 |  | | | | | |
| 学  习  和  工  作  简  历 |  | | | | | |
| 主要  奖惩  情况 |  | | | | | |
| 声  明 | 本人已知晓和同意崇左市医疗保障事业管理中心招聘工作人员的有关内容，声明并保证本《报名表》内容属实，没有任何虚假，否则本人自愿承担包括取消录用资格在内的一切后果。  报名人（签字）： 时间： 年 月 日 | | | | | |

（此表双面打印，并由本人亲笔签名）