**附件:**

**余姚市医疗保障局公开招聘编外工作人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 婚否 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学历学位 | 全日制教育 | 毕业时间 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 | 毕业时间 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 户籍地址 |  | 现住址 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 报考岗位 |  | 本人签名： |
| 本人简历 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 真实性承诺 | 本人承诺：本人所填写的内容真实可靠，所提供的证书、证明等材料真实有效、取得途径合法。如有任何不实，本人愿意接受余姚市医疗保障局取消本人应聘、录用资格等有关处理决定。签名：年 月 日 |
| 招聘单位意见 | 年 月 日 |