**吉安市青原区医疗保障局工作人员应聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 婚姻 状况 | □已婚□未婚 |
| 户籍 所在地 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 学历 |  |
| 所学专业 |  | 生育状况 | □未育 □一孩□二孩 □多孩 |
| 通讯地址 |  | 电话 |  |
| 身份证号 |  | 电子邮箱 |  |
| 个人简历 | 年月至年月 | 在何单位学习或工作 | 任何职 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭主要成员情况 |  |
| 应聘人承诺签名 | 上述填写内容和提供的相关依据真实、有效，符合招聘岗位所需的报考条件。如有不实，本人自愿放弃考试和聘用资格。应聘人：                     年  月  日 |
| 资格审查意见 | 时间： 年 月 日 |