慈溪市医疗保障局所属事业单位编外

工作人员招聘报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | 近期免冠一寸彩照 |
| 户籍 |  | 民族 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 报名岗位 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| E-mail |  | 邮 编 |  |
| 学历及毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 原社保医保相关工作单位及从事岗位 |  |
| 个人简历 |  |
| **本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。****申请人（签名）：年月日** |
| 审核意见 | 年月日 |