**北海市医疗保障局工作人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | | 性　别 |  | 出生年月  （ 岁） | |  | | 近期正面免冠 1寸彩色照片 |
| 民　族 |  | | 籍　贯 |  | 出 生 地 | |  | |
| 政治面貌 |  | | 健康状况 |  | 婚姻状况 | |  | |
| 参加工  作时间 |  | | | 专业技  术职称 |  | | | |
| 熟悉专业  有何专长 |  | | | 从事专业工作年限 |  | | | |
| 学　历  学　位 | 全日制教育 | |  | 毕业院校系及专业 | | |  | | |
| 非全日制教育 | |  | 毕业院校系及专业 | | |  | | |
| 现所在单位及职务 | | |  | | | | | | |
| 招聘岗位名称 | | |  | | | | | | |
| 主要教育 （从中学开始填写） | |  | | | | | | | |
| 工作经历 | |  | | | | | | | |
| 主要业绩 | |  | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | 邮编 | |  | |
| 住宅电话 | |  | | | | 手机号码 | |  | |
| 招聘岗位需要的其他条件(如相关工作经验、是否持有C1驾照等） | |  | | | | | | | |
| 其他需要说明的情况 | |  | | | | | | | |
| 报名人  承 诺 | | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人承担由此产生的一切后果。  本人签名：  日 期： 年 月 日 | | | | | | | |