彝良县医疗保障局公益性岗位报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | 近期免冠照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 | |  | 籍贯 |  |
| 健康状况 |  | 婚否 | |  | 是否符合招聘条件 |  |
| 学历学位 |  | 毕业院校 | |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 学习和工作简历 | 起止时间 | | 学习院校及专业（工作单位及职务） | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
| 有无违法犯罪情况记录 |  | | | | | | |
| 个人承诺 | 本人所填情况属实，如有虚假，愿承担相关后果。  承诺人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 资格审核意见 |  | | | | | | |