**附件2：**

**吉安市医疗保障服务中心联合办公工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  | | |  |
| 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 □三孩 | | | |
| 通讯地址 |  | | 联系电话  （手机） | | |  | | | |
| 职称、资格证等情况 |  | | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | 电子邮箱 | | |  | | | |
| 本人简历 |  | | | | | | | | |
| 家庭主要成员情况 |  | | | | | | | | |
| 资格审  查意见 | 时间： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |