附件1：

拉萨市医保局公益性岗位

人员招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | | **（照片）** |
| 民族 | |  | | 户籍 |  | 政治面貌 | |  | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | |
| 文化程度 | | |  | | | 专业 |  | | |
| 毕业院校 | | |  | | | 毕业时间 | |  | | |
| 家庭地址 | | |  | | | | | 联系电话 |  | |
| 特长 | | |  | | | | | | | |
| 应聘单位名称 | | | |  | | | | | | |
| 应聘岗位名称 | | | |  | | | | | | |
| 本人  简历 |  | | | | | | | | | |
| 本人承诺：以上信息真实可靠，所提供的应聘材料和证书（件）均为真实有效，如有虚假，本人愿承担一切责任。  承诺人签名：  2025年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 资格审查者签名：      2025年 月 日 | | | | | | | | | | |

注：本表一式两份。