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。