拉萨市医疗保障局公益性岗位

人员招聘政审表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | **（照片）** |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |
| 学 历 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 健康状况 |  | 婚姻状况 |  |
| 联系电话 |  | 家庭地址 |  |
| 所在村（居）委会对本人及家庭主要成员政审 意见 | 签名（章） 年 月 日 |
| 户籍所在地派出所对本人及家庭主要成员政审 意见 | 签名（章） 年 月 日 |