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 | | | | | | | | | |