附件1：

**遂川县医疗保障服务中心应聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 应聘岗位 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 身 高 |  CM | 体 重 |  KG | 出生日期 | 年 月 日 |
| 婚姻状况 |  | 宗教信仰 |  | 血 型 |  |
| 学 历 |  | 专 业 |  | 职 称 |  |
| 毕业院校 |  | 联系电话 |  |
| 户籍地址 |  | 现居地址 |  |
| 户籍性质 | [ ] 本地城镇 [ ] 本地农村 [ ] 外地城镇 [ ] 外地农村 | 身份证号 |  |
| 教育经历 |
| 起止年月 | 毕业学校/培训机构 | 专业 | 学习/培训形式 | 学历/证书 | 证明人/电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 工作经历 |
| 起止年月 | 工作单位 | 薪酬/待遇 | 部门/岗位 | 证明人/电话 | 离职原因 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 家庭主要成员 |
| 家属称谓 | 姓名 | 工作单位 | 职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  紧急联系人 |
| 姓名 | 关系 | 工作单位 | 职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
| 本人声明 |
| 本人声明：本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。确认签名： 日期：  |