**市医保中心编外（合署）人员报名表**

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 健康状况 |  |
| 通讯地址 |  |
| 户籍地址 |  |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 简历（工作和学习） |  |
| 家庭情况 |  |
| 备注 |  |

填表说明：此表由本人据实填写，如弄虚作假或隐瞒事实，取消录取资格。报名序号由工作人员填写。