

附件 1

启东市医疗保险基金管理中心公开招聘 编外劳务派遣人员报名表

年 月 日

| | | | | | | |
|-------------------------|---|----|----|-------|---------|----------|
| 姓 名 | | | | 性 别 | | 照片 粘贴 |
| 出生年月 | | | | 政治面貌 | | |
| 身份证号码 | | | | 婚姻状况 | | |
| 学 历 | 毕业学校 | | | 专 业 | | |
| | 毕业时间 | | | 学历及学位 | | |
| 家庭住址 | | | | | 联系电话 | |
| 家庭成员 及主要社 会关系 | 与本人关系 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 个人 简历 (从高中 开始) | | | | | | |
| 声明 | <p>上述资料完全属实。如有不实，愿承担相应责任。</p> <p style="text-align: right;">本人签名：</p> | | | | | |