附件

巫山县医疗保障局公开全日制公益性岗位人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生  年月 |  | | （一寸免冠  登记照） |
| 籍贯 |  | 身份证号码 |  | | | 政治  面貌 |  | |
| 毕业  院校 |  | | | 毕业  时间 | |  | | |
| 所学  专业 |  | | 学历 |  | | 学位 | |  |
| 现住址 |  | | | | | 联系  电话 | |  | |
| 个人  简历 |  | | | | | | | | |
| 获奖  情况 |  | | | | | | | | |
| 报考  人员  承诺 | 我已仔细阅读《巫山县医疗保障局公开招聘全日制公益性岗位人员简章》等相关内容，对照自身情况，符合报考条件。我郑重承诺如下：本人所填写（提供）的个人基本情况、学历（学位）、所学专业等各类报考信息均真实有效。如报名后在后续招考程序中发现不符合报考岗位的条件，后果由本人自行承担。  本人签名：  年月日 | | | | | | | | |
| 审查  意见 |  | | | | | | | | |

注：附相关证明材料，审原件收复印件。