宁德市医保中心招聘劳务派遣人员考试报名表

（报考岗位代码：　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 两寸免冠彩照 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 籍  贯 |  | 现居住地址 |  |
| 职业资格证书 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校名称、专业 |  | 学  历 |  | 学  位 |  |
| 现工作单位及职务（应届毕业生填写在校职务） |  | 联系电话 |  |
| 主要学习及工作简历（自高中起填写） |  |
| 所获奖励 |  |
| 备注 |  |

无违法违纪行为或其他社会不良记录承诺书

本人郑重承诺：提交给宁德市医疗保障基金中心有关劳务派遣人员报名的信息及材料真实、准确、完整，且本人过往表现良好，不存在违法违纪行为或其他社会不良记录，如与实际情况不符，本人愿意承担相关不利后果。

　　　　　　　　　　　　　　　　承诺人：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日