附件

遂宁市医疗保障局顶岗试用报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月( 岁) |  |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入 党时 间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 人员身份 |  | 联系电话 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 简历 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 奖惩情况 |  |
| 年核度结考果 |  |
| 有何特长及突出业绩 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年龄 | 政 治面 貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

本人承诺符合此次报名条件，在报名表中填写的个人信息均准确、真实。

本人签名：

2019年 月 日