附件2

成都青白江区医疗保障局编外（聘用）人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | **照片****（须附1寸照片电子版）** |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **政治面貌** |  |
| **身体状况** |  | **婚姻状况** |  |
| **身份证号** |  |  **联系电话、邮箱** |  |
| **家庭住址** |  |
| **全日制学历** |  | **毕业学校及专业** |  |
| **在职学历** |  | **毕业学校及专业** |  |
| **现工作单位****及职务** |  | **参加工作时间** |  |
| **报考岗位编号** |  | **报考岗位名称** |  |
| **学习及****工作简历** |  |
| **报考岗位其他****要求满足情况** |  |
| **诚信承诺** | 报考人员填写的信息必须与本人实际情况、报考条件和所报考的岗位要求相一致，符合应聘岗位的身体条件，凡隐瞒精神疾病、重大疾病等病史和弄虚作假或虽通过资格审查但实际情况与报考条件规定不符的，一经查实，即取消考试、聘用等资格。  申请者签字： |