附件：

秀山县医疗保障局公开招聘公益性岗位工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生年 月 |  |  |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 学 历 |  |
| 家庭住址 |  |
| 身份证号 |  | 联 系电 话 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕 业时 间 |  |
| 学习工作简    历 |  |
| 家庭主要成员基本情    况 |  |
| 报考人诚信承诺 |     我已仔细阅读招聘简章，理解其内容，符合报考条件。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明材料和相关证件真实、准确，并自觉做到诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务，对因提供有关信息证件不实、不全或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。                                             报考人签字:        年   月   日 |
| 备注 |  |