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 |  |