茂名市医疗保障局公开遴选公务员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | | | |  | | | 裸眼视力 |  | | | | （相片） | |
| 出生日期 |  | | | 民族 | | | |  | | | 矫正视力 |  | | | |
| 参加工作时间 |  | | | 录为公务员时间 | | | |  | | | | 政治面貌 | |  | |
| 籍贯 |  | | | 出生地 | | | |  | | | | 婚姻状况 | |  | |
| 工作单位及职务 | |  | | | | | | | | | | | | 身高 | |  | |
| 何时毕(肄)业于何院校、何专业 | | 全日制教育 | | | |  | | | | | | | | 学历 | |  | |
| 在职教育 | | | |  | | | | | | | | 学历 | |  | |
| 联系电话 |  | | | | 紧急联系电话 | | | |  | | | | | 电子邮箱 | |  | |
| 特长 |  | | | | 身份证号码 | | | | | | | | |  | | | |
| 报考职位 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学习  工作  经历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  成员  及  主要  社会  关系 | 姓名 | | 与本人关系 | | | | 出生  年月 | | | 工作单位及职务 | | | | | 户籍  所在地 | | 政治  面貌 |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | 签名 | | 本人保证所填资料全部属实。 | | |

**说明：1、要亲笔签名，可打印或用黑色钢笔或签字笔填写，字迹清楚； 2020年 月 日**

**2、此表须如实填写，经考核发现与事实不符的，后果自负。**