附件2

中山市医疗保障事业管理中心公开选聘

事业单位领导干部报名表

报考单位： 报考岗位及代码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 贴相片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 |  省 市（县） | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  |
| 工作单位 |  | 单位性质 |  |
| 裸视视力 |  | 矫正视力 |  | 身 高 |  |
| 专业技术资格 |  | 职业资格 |  | 执业资格 |  |
| 基层工作情况及考核结果 |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 本人填写信息核对情况 | 上述情况填写内容真实有效。如有不实，本人愿意承担取消报名和聘用资格的责任。报名人签名： 年 月 日 |
| 审 核意 见 | 报名审核人: 审核日期: 年 月 日 |
| 面试复核人： 复核日期： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

说明：1、此表用蓝黑色钢笔填写，字迹要清楚；

2、此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。