西湖区医疗保险管理办公室公开招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 户口所在地 |  | 出生年月 |  |
| 参加工作时间 |  | 政治面貌 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 工作简历 | 起止时间 | 单位 | 职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭基本情况 | 配偶 | 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 结婚时间 |  | 学历 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 子女 | 姓名 |  | 出生年月 |  |
|  |
| 自我介绍 |  |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。 申请人（签名）： 年 月 日 |