|  |
| --- |
|  |

附件2

湛江市医疗保障局2025年公开招聘

后勤服务人员（雇员）报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | | 性 别 | |  | | 出生年月（ 岁） |  | | | 照片 | | |
| 民 族 | | |  | | | 籍 贯 | |  | | 户籍所在地 |  | | |
| 政 治  面 貌 | | |  | | | 参加工作时间 | |  | | 婚姻状况 |  | | |
| 身份证  号 码 | | |  | | | | | | | 报考岗位 |  | | |
| 裸 视  视 力 | | |  | 矫 正  视 力 | | |  | | | 机动车  准驾车型 |  | | 驾 龄 | |  | |
| 学 历  学 位 | | | 全日制  教育 |  | | | | | | 毕业院校系及专业 |  | | | | | |
| 在职  教育 |  | | | | | | 毕业院校系及专业 |  | | | | | |
| 工 作  单 位 | | |  | | | | | | | 单位性质 |  | | | | | |
| 联 系  地 址 | | |  | | | | | | | 联系电话 |  | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 报名人员承诺 | 本人承诺：上述填写内容和提供的相关资料全部真实，本人与湛江市医疗保障局、湛江市医疗保障事业管理中心在职在编工作人员不存在夫妻、直系血亲、三代以内旁系血亲或近姻亲关系。如有弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。  个人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 审 核  意 见 | 初审人： 复核人： 审核日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | | | | |

说明：此表需双面打印，除个人签名外其余部分不可手写。表格内容须如实填写，经审核发现与事实不符的或提供联系方式无法联系的，责任自负。