附件2：

**承德市医疗保障局“名校英才入冀”计划公开选聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | | 出生年月 | |  | | | 一寸  蓝底  照片 | |
| 籍贯 |  | | | 民族 | |  | | | 政治面貌  （时间） | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 户籍所在地 | | | |  | | | | | | | | | |
| 学历  学位 | 全日制  教育 | | |  | | | 毕业院校  及专业 | | |  | | | | | |
| 在职  教育 | | |  | | | 毕业院校  及专业 | | |  | | | | | |
| 现工作单位及职务 | | | |  | | | | | | | | 参加工  作时间 | |  | |
| 学习  工作  简历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | | | 称谓 | 姓名 | | | | 出生年月 | | | | | 政治  面貌 | | 工作单位及职务 |
|  | | |  |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  | | |  |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  | | |  |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  | | |  |  | | | |  | | | | |  | |  |
| 本人  承诺 | | **本人承诺所填信息全部属实，如不属实，将承担相关责任并接受相应处理。**  本人签字：                   年   月   日 | | | | | | | | | | | | | |
| 其他需要说明的情况 | | | | |  | | | | | | | | | | |

 审核人签字:                   年   月   日