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