附件二

柳州市医疗保障事业管理中心

公开招聘编制外聘用人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性别** | |  | **出生年月**  **（年龄）** |  | **照片粘贴处** |
| **籍贯** |  | | **民族** | |  | **政治**  **面貌** |  |
| **现居住地址** |  | | | | | | |
| **身份证号** |  | | | | | | |
|  | **学 历** | **毕业时间** | | **毕业院校** | | | **专业** | **学制** |
| **全日制教育** |  |  | |  | | |  |  |
| **在职教育** |  |  | |  | | |  |  |
| **技术职称或专业资格** | | | |  | | | | |
| **联系电话** |  | | | | | **电子邮件** |  | |
| **有何特长** |  | | | | | | | |
| **个 人 简 历** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 本人承诺以上内容均真实、有效，如有不实，一切后果由本人负责。  签名： 年 月 日 | | | | | | | | |