附件2

荆州区医疗保障服务中心2023年面向随军未就业家属专项公开招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 | | |  | | |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 入党时间 | | |  | | 照片 |
| 学历学位情况 | 毕业院校 | | 专业 | | 学历 | 学位 | | 毕业时间 |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
| 家庭地址 |  | | | | | | | 联系电话 |  |
| 报考岗位 |  | | | | | | | | |
| 家庭主要成员情况 | 称谓 | 姓名 | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
| 个人简历（自高中起，时间到月） |  | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | |
| 个人  承诺 | 我确保本次报名填写信息真实可靠，如有造假，我本人承担全部责任！  承诺人签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格审  核意见 | 荆州军分区审查意见：  年 月 日 | | | | | | 招聘单位审查意见：  年 月 日 | | |