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 |