**2020年宁波市海曙区医疗保障局下属事业单位公开选聘事业人员报名表**

（请用正楷字填写，本表涂改无效，本表可打印、复印使用）

本人郑重承诺：保证以下所填资料真实、准确，承担因信息填写错误导致的一切后果。

**选聘岗位:**  **选聘人签名：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入 党时 间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | 手机号码 |  |
| 专业技术职务 |  | 熟悉专业有何专长 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 编制所在单位 |  | 编制性质 | □全额补助□适当补助□经费自理 |
| 现工作单位及职务 |  | 岗位类别岗位等级 | □管理岗 级 □专技岗 级 |
| 是否担任单位中层 |  | 中层任职年 限 |  |
| 通讯地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 个人简历（高中起） |  |
| 工作业绩 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 年度考核结果 |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 其他需要说明的情况 |  |