附件：

瑞安市医疗保障局临时工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 身份  证号 |  | | | 照  片 |
| 民族 |  | | 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 户口  所在地 |  | | | | 经常  居住地 |  | |
| 学历 |  | | | | 毕业院校  及专业 |  | |
| 联系地址 |  | | | | 联系方式 |  | |
| 参加工作  时间 |  | | | | 应聘岗位 |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | |
| **本人声明:上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切责任。**  **申请人（签名）： 年 月 日** | | | | | | | |
| 资格审查意见： | |  | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | |