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 |  |