医疗保障电话咨询员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | 此处贴彩色近照 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 应聘成功后能否立即到岗 |  | 婚姻状况 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 资格证书 |  | 联系电话 |  |
| 参加工作时间 |  | 家庭住址 |  |
| 教育经历（从最高学历填起） | 起止年月 | 就读学校、专业、奖惩情况 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 工作履历 | 起止年月 | 工作单位 | 职务 | 主要业绩 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 填表日期： 年 月 日