附件

重庆市万盛经开区公益性岗位报名表

报考单位名称：重庆市万盛经开区医疗保障事务中心

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 年龄 |  | 相片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 籍贯 |  | 学历 |  | 学位 |  | 职称 |  |
| 毕业时间及院校 |  | 专业 |  |
| 是否服从调剂 |  | 联系电话（手机） |  |
| 工作经历及获奖情况 |  |
| 家庭成员和主要社会关系 | 姓名 | 关系 | 工作单位 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **最近14天有无离渝旅居史，或与在渝新冠肺炎确诊病例有无接触史** |  |
| 以上信息填写真实有效。如发现不实，愿意承担相应后果和相关责任。本人签名：年　　月　　日 |
| 初审意见 | 复审意见 |
| 经办人：　　　　　　年　　月　　日 | 负责人：　　　　　　年　　月　　日 |

填表说明：报考人员可提前打印本表，现场填报的请用钢笔、签字笔填写，字迹要清晰、工整。