沙坪坝区医疗保障局公益性岗位人员

报名信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 相 |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学历学位 |  | 熟悉专业有何特长 |  |  |
| 毕业院校系及专业 |  | 毕业时间 |  | 片 |
| 通讯地址 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 所属类别（十类就业困难人员） |  |
| 学习、工作或社会实践经历 |  |
| 主要奖惩情况 |  |
| 家庭成员情况 | 姓 名 | 关 系 | 所在单位 | 职 务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备 注 |  |