附件

**自贡市自流井区医疗保障局**

**2019年招聘人员报考信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 曾用名 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | 性别 |  |
| 户口所在地 |  |
| 身份证号码 |  |
| 现住址 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 学 历 |  | 专 业 |  | 联系电话 |  |
| 主要学习工作经历（从高中之后填写） |
| 时 间 | 简 历 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 所受奖 惩情况 |  |
| 获得过何种专业证书，有何专长 |  |
| 备 注 |  |