2019年医疗费用审核人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月  （ 岁） |  | 照片 |
| 民 族 |  | | 政治  面貌 |  | 身 高 |  |
| 毕业学校及专业 | 全日制 在职 | | | | | |
| 户 籍  所在地 |  | | | 详细居  住地址 |  | |
| 联 系  电 话 |  | | | 身份证  号 码 |  | | |
| 主要 社会 关系  （父母、配偶及子女） | 关 系 | 姓 名 | | 政治面貌 | 工作单位及职务 | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |
| 学习 工作 简历 |  | | | | | | |
| 奖励 处分 情况 |  | | | | | | |
| 有何 特长 爱好 |  | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

填表人： 　 填表时间： 年 月 日