附件：

福州市医疗保障局招收劳务派遣人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 近期免冠彩照 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 学历 |  |
| 现工作单位及所任职务 |  | 联系电话 |  |
| 拟报岗位 |  | 现住址 |  |
| 教育背景 |  |
| 工作经历 |  |
| 自我评价 |  |
| 承诺 | 本人承诺以上所填的内容均为真实，所提供的纸质报名材料均为真实，如一经发现存在弄虚作假的行为，取消聘用，由此产生的一切后果由本人承担。签字： |