**乐清市医疗保障局编外人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | | 照 片 |
| 籍贯 |  | 身份证号 |  | | | |
| 政治面貌 |  | 手机号码 |  | | | |
| 学历 |  | | 毕业院校及所学专业 | | |  | |
| 现家庭住址 |  | | | | | | |
| 学习经历及工作履历（自高中起填写） |  | | | | | | |
| 考生承诺 | 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担取消聘用资格的责任。  声明人签名：  年  月  日 | | | | | | |

岗位意向：医保审核结算□ 长护险经办□ 医保业务经办□