|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 填表日期： 年 月 日 | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 出生日期 | |  | 此处贴彩色近照 |
| 民族 |  | | 籍贯 |  | | 政治面貌 | |  |
| 应聘成功后能否立即到岗 | | |  | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 | | | |  | |
| 资格证书 |  | | | 联系电话 | | | |  | |
| 参加工作时间 |  | | | 家庭住址 | | |  | | |
| 教育经历（从最高学历填起） | 起止年月 | | | 就读学校、专业、奖惩情况 | | | | | |
|  | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | | |
| 工作  履历 | 起止年月 | 工作单位 | | | 职务 | | | 主要业绩 | |
|  |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |

**医疗保障电话咨询员报名表**