茂名市医疗保障局公开遴选公务员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 裸眼视力 |  | （相片） |
| 出生日期 |  | 民族 |  | 矫正视力 |  |
| 参加工作时间 |  | 录为公务员时间 |  | 政治面貌 |  |
| 籍贯 |  | 出生地 |  | 婚姻状况 |  |
| 工作单位及职务  |  | 身高 |  |
| 何时毕(肄)业于何院校、何专业 | 全日制教育 |  | 学历 |  |
| 在职教育 |  | 学历 |  |
| 联系电话 |  | 紧急联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 特长 |  | 身份证号码 |  |
| 报考职位 |  |
| 学习工作经历 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | 出生年月 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 | 政治面貌 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 备注 |  | 签名 | 本人保证所填资料全部属实。 |

**说明：1、要亲笔签名，可打印或用黑色钢笔或签字笔填写，字迹清楚； 2020年 月 日**

 **2、此表须如实填写，经考核发现与事实不符的，后果自负。**