应聘劳务派遣人员报名表

（报考岗位代码：　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 两寸免冠彩照 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 籍  贯 |  | 现居住地址 |  |
| 职业资格证书 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校名称、专业 |  | 学  历 |  | 学  位 |  |
| 现工作单位及职务（应届毕业生填写在校职务） |  | 联系电话 |  |
| 主要学习及工作简历（自高中起填写） |  |
| 所获奖励 |  |
| 备注 |  |

无违法违纪行为或其他社会不良记录承诺书

本人郑重承诺：提交给宁德市医疗保障局有关劳务派遣人员报名的信息及材料真实、准确、完整，且本人过往表现良好，不存在违法违纪行为或其他社会不良记录，如与实际情况不符，本人愿意承担相关不利后果。

　　　　　　　　　　　　　　　　承诺人：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日