渝西分中心健康驿站经营者遴选报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  |
| 出生年月 |  | 最高学历 |  |
| 健康状况 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | |
| 销售地址 |  | | |
| 学习  和  工作  经历 |  | | | |
| 特别提示 | 1.本人承诺保证所填写资料真实可查，如后续发现有虚假情况，一律取消报名资格。  2.请将登记表填写完整。  3.附身份证复印件、无犯罪记录证明和征信报告。  4.有优秀从业经历、表彰等材料可附附件。 | | | |

本人签字：