附件2

2019年诸暨市医疗保障局医疗保障信息中心公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | | 出生年月  （岁） | | | | |  | 照  片 |
| 民族 |  | | | 籍贯 | |  | | | 参加工作时间 | | | | |  |
| 参加党派及时间 |  | | | 健康状况 | |  | | | 专业特长 | | | | |  |
| 进入事业单位  时间及方式 | | |  | | | | 报名选调岗位 | | | |  | | | | |
| 学历  学位 | 全日制  教育 | |  | | | | | | | 毕业院校  系及专业 | | | |  | |
| 在职  教育 | |  | | | | | | | 毕业院校  系及专业 | | | |  | |
| 现工作单位及职务 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 简  历 | （从高中开始填写，包括职务变更等情况） | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | （注明奖惩时间、奖惩单位和奖惩种类） | | | | | | | | | | | | | | |
| 近三年年度考核情况 | 2016年：  2017年：  2018年： | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  及  重要  社会  关系 | 称谓 | 姓名 | | | 年龄 | | | 政治面貌 | | | | 工作单位及职务 | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 现工作  单位  意见 | 同意该同志报名、选调。  签名、盖章  2019年4 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人  承诺 | 上述填写内容真实完整。如有不实，本人自愿承担一切法律责任。  报考人（签名）：  2019年4 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | 盖章  2019年4月 日 | | | | | | | | | | | | | | |