附件

黄岩区医疗保障局公开选调工作人员

报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | 出生年月  （ ）岁 | |  |  |
| 民族 | |  | | 籍贯 | |  | | 出生地 | |  |
| 入党  时间 | |  | | 参加工作时间 | |  | | 健康状况 | |  |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 熟悉专业  有何专长 | |  | |
| 学历  学位 | | 全日制 | |  | | | | 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 | | | |  | | | | | | | |
| 人员编制性质 | | | |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | | | | | | | |
| 历年年度考核 结果 |  | | | | | | | | | | |
| 单  位  意  见 | （盖章）  　 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员及重  要社  会关  系 | 称谓 | | 姓 名 | | 出生年月 | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |

注：此表须如实填写，如有弄虚作假，一经查实，取消资格。