附件：

**平阳县医疗保障局下属事业单位公开选调工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 免冠1寸相片 |
| 籍 贯 |  | 出生年月 |  |
| 入党时间 |  | 健康状况 |  |
| 参加工作时间 |  | 全额事业录用时间 |  |
| 学历学位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 现工作单位及职务职级 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 手 机 |  |
| 简历 |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人奖惩情况 |  |
| 年度考核情况 |  |
| 所在单位意见 | 签名（盖章）： | 主管部门意见 | 签字（盖章）： |
| **本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担取消选调资格的责任。** **（签名）： 年 月 日** |
| 考试资格初审意见 | 年 月 日 |