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 | | | | | | | | | | | | | | | | |