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 |