附件1： 兴山县城乡居民医疗保险中心选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠一寸彩照 |
| 参加工作时间 |  | 健康状况 |  | 专业技术资格 |  |
| 学历学位 | 全日制 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在 职 |  |  |
| 联系地址 |  | 固定电话 |  |
| 移动电话 |  |
| 现工作单位及岗位 |  | 本人编制情况 |  |
| 本人申请 | 签名（手写） 年 月 日 |
| 个人工作简历 |  |
| 现工作单位意见 |  单位盖章  年 月 日 | 主管部门意 见 |  单位盖章  年 月 日 |
| **本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃资格并承担相应责任。** **选调人员承诺人（签名）： 年 月 日** |