咸丰县医疗保障局及所属事业单位

公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 民族 |  | | 照 片 |
| 出生年月 |  | | 政治  面貌 |  | | 婚姻  状况 |  | |
| 学 历 |  | | | 学 位 | |  | | |
| 第一学历 | 毕业院校及所学专业 | |  | | | | 毕业时间 | |  |
| 工作单位及职务 | |  | | | | | 工作经历年限 |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | | 联系  电话 |  | |
| 报考单位及岗位 |  | | | | | | | | |
| 简 历 |  | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | |
| 近三年考核情况 |  | | | | | | | | |
| 家庭主要成员情况 | 姓名 | | 关系 | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
| 所在单位 意见 | 该同志于 年 月进入我单位工作，现为 身份，同意推荐报考。  推荐单位（盖章） 　　　 单位主要负责人：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 主管部门　意见 | 推荐单位（盖章） 　　　 单位主要负责人：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 审核意见 |  | | | | | | | | |

报名者对报名登记表所填信息真实性负责。**本人手写签名：**