迪庆州医疗保障局

2020年公开遴选公务员报名表

（请用正楷字填写，本表涂改无效，本表可打印、复印使用）

本人郑重承诺：保证以下所填资料真实、准确，承担因信息填写错误导致的一切后果。 报考人签名：

编号（遴选单位工作人员填写）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 政治面貌入党时间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 任现职时 间 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位代码 |  | 是否符合岗位所需条件 |  |
| 联系地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  |
| 主要工作简历 |  |
| 考生现工作单位审核意见 | 同意报考（盖章）年 月 日 | 现单位公务员调动审批单位审核意见 | 同意报考（盖章）年 月 日 |
| 遴选单位审核意见 | 同意报考（盖章）年 月 日 |