附件2

大荔县医疗保障局遴选工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ ）岁 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 入 党时 间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 报考岗位编码 |   | 身份证号码 |   |
| 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 |  |
| 联系方式 |  | 个人特长 |  |
| 简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 近几年主要工作业绩 |  |
| 近两年年度考核结果 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 单位意见 | 所在单位意见：单位负责人（签名）： （盖章）年 月 日 | 主管单位意见：单位负责人（签名）： （盖章）年 月 日 |
| 审核意见 | 审核人（签名）： （盖章）年 月 日 |