附件2：

**黄石市医疗保障基金核查中心**

**公开选聘工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生年月( 岁) | | ( 岁) | （此处粘贴照片或直接打印电子照片） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | 出 生 地 | |  |
| 政 治  面 貌 |  | 参加工  作时间 |  | | 健康状况 | |  |
| 专业技  术职务 |  | | 熟悉专业有何专长 | |  | | |
| 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 | |  | | | | | | |
| 联系地址 | |  | | | | | | |
| 移动电话及  电子邮箱 | |  | | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | |
| 主  要  社  会  关  系 |  | | | | | | | |
| 单位党委审核盖 章 | 经审核，以上信息属实，同意报考。  年 月 日 | | | 所属集团党委审核盖章 | | 经审核，以上信息属实，同意报考。  年 月 日 | | |
| 用人单位审核  意见 | 审核人： 审核日期： 年 月 日 | | | | | | | |