附件2

2020年本溪市医疗保障事务服务中心

公开选调工作人员报名推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月日( 岁) |   | 照 片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 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 |  |
|
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 身份证号码 |  | 手机号码 |  |
| 现工作单位职务 |  | 进入现单位时间及方式 |  | 专业技术等级 |  |
| 报考岗位 |  |
| 简 历 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 奖惩情况 |  |
| 年核度结考果 | 2017年 |  | 2018年 |  | 2019年 |  |
| 本人承诺 | 本人承诺以上信息属实。如不属实，将承担相关责任并接受相应处理。签名（手写）： 年 月 日 |
| 所在单位推荐意见 | 干部人事部门盖章年 月 日 |
| 选调单位资格复审意见 | 党组（党委）盖章年 月 日 |
| 备注 |  |

注：简历从大学填起。