**附件2**

**2021年池州市医疗保障管理服务中心**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入 党时 间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 现任岗位 |  | 岗位级别 |  | 任现职  时间 |  |
|
| 报考岗位代码 |  |
| 本人所属事业单位性质(公益一类、公益二类) |  | 进入现事业单位（编制内）时间 |  |
| 简历 |  |

**公开选调工作人员报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 奖惩情况 |  |
| 年度考核结果 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年龄 | 政 治面 貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 所在单位及主管部门意见 |  情况属实，同意报考。 (盖章)年 月 日 |
| 县区组织人事部门意见 |  同意报考。(盖章) 年 月 日 |
| 审核意见 |   年 月 日 |
| 备注 |    |