**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 |  | | | | |