附件2

**怀化市医疗保障局基金核查和结算中心**

公开选调工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 选调单位： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | | | | 民族 |  | |  | |
| 出生年月 | |  | | | 政治面貌 | |  | | | | | 学历学位 |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | | | 所学专业 |  | |
| 职称、执（职）业资格 | | | | | |  | | | | | | 取得时间 |  | |
| 户籍所在地 | | | |  | | 婚姻状况 | | |  | | | 档案保管单位 | |  | | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | | | 有何特长 |  | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | E-mail | |  | | | |
| 个人简历 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 与选调岗位相关的实践经历或取得的成绩 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 应  聘  人  员  承  诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合选调岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和选调资格。**  **应聘人签名：**  **年 月 日** | | | | | | | 资  格  审  查  意  见 | | **经审查，符合选调资格条件。**  **审查人签名： 选调单位（章）**  **年 月 日** | | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

说明1、考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或选调资格。2、经审查符合考试资格条件后，此表由选调单位留存，并由考生现场登记确认。3、考生需准备1寸彩色登记照片2张，照片背面请写上自己的名字。4、如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附。