附件

乐清市医疗保险中心公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  | 近期免冠1寸相片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 参加工作时 间 |  | 入党时间 |  |
| 身份证号 |  | 健康状况 |  | 婚姻状况 |  |
| 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 |  |
| 进入事业单位方式 |  | 录用时间 |  |
| 现工作单位及职务职级（职员等级/职称） |  | 联系手机 |  |
| 工作简历 |  |
| 本人奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务（或从事职业） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 近三年考核情况 | 2019年度考核 ，2020年度考核 ，2021年度考核 。 |
| 是否存在不得参加选 调 的情 形 |  |
| 本人签名 | 本人承诺以上信息填写属实，符合通知要求的选调范围和条件。如有虚假，后果自负。 本人签名：年 月 日 |
| 所在单位意见 | 单位主要负责人签名及单位盖章：年 月 日 |
| 资格审核意见 |  |

备注：请按要求填写此表后正反面打印，资格审核意见由乐清市医疗保障局填写。