附件2

呼伦贝尔市医疗保障局2023年竞争性比选

参照公务员法管理人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月( 周岁) |  | 公务员蓝底渐变照片彩色 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入党时间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 报考比选岗位 |  | 熟悉专业有何特长 |  |
| 全日制教 育 | 学历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 学位 |  |  |
| 在职教育 | 学历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 学位 |  |  |
| 现工作单位及职务 | （填写全称） |
| 职务职级层次 |  | （参照）公务员登记备案时间 |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 个人简历 | （个人简历填写从就读全日制专科或本科至报名开始之日止的所有经历，时间不得间断或空缺。学习经历，填写起止年月、就读学校、院系和专业、学位；工作经历，填写起止年月，工作单位和职务，未就业时期的经历，填写起止年月并注明“待业”） |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 奖惩情况 |  |
| 近三年年度考核结果 |  |
| 家 庭主要成员 | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  | （填写全称） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作单位意见 |  同意报考 （盖 章） 负责人：（手写签名） 年 月 日 |
| 旗市区组织部门意见 |   同意报考 （盖 章） 年 月 日 |
| 比选单位审核意见 |   初审： 复审： |
| 备注 | 本表格参照组织部干部任免审批表要求填写，需正反面打印，单面打印无效 |