泰州市医疗保障局公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 二寸近期免冠照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 参加工作时间 |  | 入 党时 间 |  | 健康状况 |  |
| 编制性质 |  | 录 用时 间 |  | 专业技术职务 |  |
| 身份证号 码 |  | 熟悉专业有何专长 |  |
| 学历学位 | 全日制教育（本科） |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 最高学历（在职教育请注明） |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 现工作单位 |  | 现 任 职 务 |  |
| 简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 近三年年度考核结果 |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 有无海外关系 |  |
| 办公电话 |  |  |  |
| 移动电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 本人承诺以上所填信息真实准确。 签名： |
| 资格审查结果 |   （盖 章） 年 月 日 |

注：表中所填事项须真实准确，凡不符合条件、弄虚作假的，一律取消选调资格。