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。