咸丰县医疗保障局及所属事业单位

公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 婚姻 状况 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 第一学历 | 毕业院校及所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 工作单位及职务  |  | 工作经历年限 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位及岗位 |  |
| 简 历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 近三年考核情况 |  |
| 家庭主要成员情况 | 姓名 | 关系 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 所在单位 意见 | 该同志于 年 月进入我单位工作，现为 身份，同意推荐报考。推荐单位（盖章） 　　　 单位主要负责人： 年 月 日 |
| 主管部门　意见 | 推荐单位（盖章） 　　　 单位主要负责人： 年 月 日 |
| 审核意见 |  |

报名者对报名登记表所填信息真实性负责。**本人手写签名：**