附件2

**2023**年安化县医疗保障局公开选调工作人员报名登记表

报考职位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 民族 |  |
| 入党时间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职称 |  | 专业特长 |  |
| 全日制教育 |  | 毕业时间、院校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业时间、院校及专业 |  |
| 身份证号码 |  |
| 通讯地址 |  | 手机号码 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 任职时间 |  |
| 工作简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 年度考核 | （近三年年度考核情况） |
| 主要家庭成员及社会关系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 现工作单位及主管部门推荐意 见 | 现工作单位 主管部门意 见： 意 见：　（盖 章） （ 盖 章）年 月 日 年 月 日（注：请就考生历年年度考核是否为称职以上等次、是否已过最低服务年限、是否同意推荐其参加本次考试三个方面的情况签署明确意见并盖章） |
| 报考人员承诺 | 本人承诺填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺自动放弃考试或录取资格。报考人签名：               年  月  日 （盖章）年月日 |
| 资格审查结 　 果 | 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |

说明：1.所有时间格式统一为：“1981.09”；

2.工作简历要填写到月，填写清楚职务变化的时间；

3.家庭成员和社会关系须填写配偶、父母、子女等有关情况。