附件2

赣州市医疗保障基金管理中心

公开考选工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 （岁） |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 户籍所在地 |  | 入党时间 |  |
| 参加工作时间 |  | 身份证号码 |  |
| 报考岗位 |  | 健康状况 |  |
| 学 历 学 位 | 全日制 教 育 |  | 毕业院系及专业 |  |
| 在 职 教 育 |  | 毕业院系及专业 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 本人联系方式 （住址） | 联系电话： | 电子邮箱： |
| 通讯地址： | 邮政编码： |
| 家庭地址： |
| 主要学习工作简历（从大学起） |  |
| 家庭主要成员和主要社会关系情况 |
| 关系 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 目前所在单位及职务（市外考生，须填明配偶在赣州工作时间） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 主要成果及业绩 |  |
| 所在单位意见 |  | (公章) 年 月 日 |
| 应试人员签 名 | 本人保证上述情况所填信息真实无误，如因填写有误或不实而造成的后果，均由本人负责。签名：  年 月 日  |