附件

**瑞安市医疗保障局公开选调事业单位工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 民族 |  | 户籍 |  | 婚姻状况 |  |
| 参加工作时间 |  | 入党时间 |  |
| 身份 |  | 录用时间 |  |
| 专业技术职务 |  | 有何特长 |  | 身体状况 |  |
| 学历学位 | 全日制 教育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 近三年考核结果 |  |
| 单位电话 |  | 联系手机 |  |
| 学 习 和 工 作 简 历 |  |

报名序号： 选调岗位：

|  |  |
| --- | --- |
| 奖 惩 情 况 |  |
| 所在单位意见 | （盖章） 年 月 日 |
| 主管部门意见 | （盖章）年 月 日 |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担取消选调资格的责任。 报名人（签名）：  年 月 日 |
| 考试资格初审意见 |  |
| 备注 |  |

备注：1、此表由本人如实填写后正反面打印并签名，提交现场报名；

2、报名序号和考试资格初审意见由工作人员填写。