附件2

2019年射洪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 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 最低服务年限 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  | 占编性质 |  |
| 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 |  |
| 身份证号码 |  | 现工作单位及职务 |  |
| 通信地址 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 | （从高中教育经历开始填写） |
| 奖惩情况 |  |
| 年度考核结果 | （近3年年度考核结果） |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 是否有回避关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 个人承诺 | **我已详细阅读了公开选调公告及相关要求，确信符合选调条件及职位要求。本人保证填报资料真实准确，如因个人原因填报失实或不符合选调条件、职位要求而被取消遴选资格的，由本人负责。** （本人签名） 年 月 日 |
| 所在单位意见 | （盖章）年 月 日 |
| 干部管理部门意见 | （盖章）年 月 日 |
| 资格审查意见 | （盖章） 年 月 日 |