附件

乐清市医疗保险中心公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性别 |  | | 民族 | | |  | | 籍贯 | | |  | | | 近期免冠  1寸相片 |
| 出生年月 |  | | | | | 政治面貌 | | | | | | |  | | | | | |
| 参加工作  时 间 |  | | | | | 入党时间 | | | | | | |  | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | 健康状况 | | | |  | | | 婚姻状况 | | | |  | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教 育 |  | | | | 毕业院校及专业 | | | | | | |  | | | | | | |
| 在 职  教 育 |  | | | | 毕业院校及专业 | | | | | | |  | | | | | | |
| 进入事业单位方式 | | | |  | | | | | 录用时间 | | | | | |  | | | | |
| 现工作单位及职务职级  （职员等级/职称） | | | |  | | | | | | | | | | | 联系手机 | | |  | |
| 工作  简历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人  奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  及重  要社  会关  系 | 称谓 | | 姓 名 | | | | 出生  年月 | | | | | 政治  面貌 | | 工作单位及职务（或从事职业） | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |
| 近三年  考核  情况 | 2019年度考核 ，2020年度考核 ，2021年度考核 。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否存在不得参加选 调 的  情 形 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人  签名 | 本人承诺以上信息填写属实，符合通知要求的选调范围和条件。如有虚假，后果自负。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在  单位  意见 | 单位主要负责人签名及单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格  审核  意见 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

备注：请按要求填写此表后正反面打印，资格审核意见由乐清市医疗保障局填写。