附件2

铜仁市医疗保障局2019年公开遴选工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照 片 |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 出生年月（ 岁） |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 参加工作时间 |  | 入党时间 |  | 政治面貌 |  |
| 现工作单位及职务(职称) |  | 报考岗位代码 |  |
| 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 | 　 |
| 家庭住址 |  | 特 长 |  |
| 个人简历 |  |
| 社会关系家庭成员及主要 | 姓 名 | 称 谓 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 奖惩情况 |    |
| 信息确认 | 本人认真阅读遴选工作方案，本人符合遴选资格条件。本人填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。 　签名：　年 月 日 |
| 所在单位意见 | 年 月 日 |
| 主管部门意见 | 年 月 日 |
| 组织人事部门意见 | 年 月 日 |
| 备注 |  |
| 注：1.本表仅限报名使用；2.本表填一式三份。 |