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。 | |