附件2

安顺市医疗保障局所属事业单位

2025年公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 出生年月  （ 岁） |  | 照片 | |
| 民 族 | |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入 党  时 间 | |  | 参加工  作时间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技  术职务 | |  | | 熟悉专业  有何专长 |  | |
| 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 | | |  | | | 个人身份  （是否登记） | | （公务员、事业） |
| 现聘岗位 | | |  | | | 现任职务级别  （现聘岗位） | |  |
| 联系电话 | | |  | | 身份证号 |  | | |
| 主要  简历  （从大学开始填写） |  | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 近三年年度考核结果 |  | | | | | | |
| 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 | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
| 报考单位 |  | | | 报考职位代码 | |  | |
| 报名信息  确认 | 本人符合报名资格条件要求，填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。如调入单位无对应岗位，本人愿意高职低聘，按调入单位实际岗位聘任。  报考者签名 ：  年 月 日 | | | | | | |
| 所  在  单  位  意  见 | 年 月 日 | | | | 主 管 部门审批意见 | | 年  年 月 日 |
| 具有人事管理权限的组织人事部门审批  意见 | 年 月 日 | | | | | | |
| 审核  意见 | 审核人：  年 月 日 | | | | | | |

注：1.报名表一式三份。2.个人身份（是否登记），事业人员不用填写是否登记；3.现任职务级别（现聘岗位）：公务员（参公人员）可填写正（副）科长级职务、科员、XX级主任科员、XX级科员等；事业人员可填写管理X级、X级职员、专业技术X级。