**附件2：**

2025年来凤县医疗保障局公开选聘工作人员报名表

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 婚姻状况 | |  |
| 入党时间 |  | 参加工  作时间 |  | 健康状况 | |  |
| 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 |  | | | 联系电话 （必填） | |  | |
| 人员身份 | 🞎公务员（🞎选调生、🞎非选调生） 🞎参公人员  🞎事业人员 🞎其他人员（写明具体身份） | | | | | | |
| 现工作单位  及职务职级（岗位等级） |  | | | | | | |
| 简   历 |  | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | |
| 近三年年度考核情况 |  | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  及重  要社  会关  系 | 称谓 | 姓名 | 出生日期 | 政治 面貌 | 工作单位及职务 | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
| 所在单位 意见 | （盖章）    年 月 日 | | | 单位主管部门意见 | （盖章）    年 月 日 | | |

说明：所在单位、单位主管部门填写“情况属实，同意报考”等意见；选调单位填写“符合报考条件，同意报考”等意见；无主管部门的，在所在单位栏填写“情况属实，同意报考”等意见。此表一式一份。