附件1

姚安县医疗保障局2021年公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 出生  年月 | |  | | | 1寸免冠照片 |
| 民族 |  | | 籍贯 | |  | | 出生地 | |  | | |
| 何时加入 何党派 |  | | | | 参加工作时间 | |  | | | | |
| 身份证  号码 |  | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | |
| 工作单位及职务 | | | |  | | | | 任现职  时间 | | |  | |
| 联系电话 | | | |  | | | | 单位邮编 | | |  | |
| 主  要  工  作  简  历 |  | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 近三年 考核情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭 主要 成员 及 主要 社会 关系 | 称谓 | 姓名 | | | | 出生  年月 | 政治  面貌 | | | 工作单位及职务 | | |
| 父亲 |  | | | |  |  | | |  | | |
| 母亲 |  | | | |  |  | | |  | | |
| 配偶 |  | | | |  |  | | |  | | |
| 子女 |  | | | |  |  | | |  | | |
|  |  | | | |  |  | | |  | | |
| 所在单位推荐意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 个人承诺 | 我自愿参加此次公开选调，对拟调入单位工作后若不能解决职称问题有着清醒的认识，并承诺：在今后工作中，决不因职称问题向单位和相关部门提出不合适宜的要求。  承诺人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 选调领导小组意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

注：此表双面打印，一式三份，如实填写，否则将取消报考资格。