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。