附件：

湄潭县医疗保障局

2022年选调事业编制工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | | | 照片 |
| 籍 贯 |  | | 户籍所在地 | |  | | 民族 | |  |
| 政治  面貌 |  | | 参加工作时间 |  | 工作年限 | |  | | |
| 工作单位 |  | | | 职务或职称 |  | | | | |
| 全日制  教育 | 学历  学位 |  | | | 在职  教育 | 学历  学位 |  | | | |
| 毕业院校及专业 |  | | | 毕业院校及专业 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 本人  主要  工作  经历 | (说明：非标准化简历，可专门针对选调职位要求条件作相应工作经历详细描述。填表时删除此说明） | | | | | | | | | |
| 近三年考核情况 |  | | | | | | | | | |
| 报名  信息  确认 | 符合选调职位要求，填写信息均为本人真实情况，若有虚假、错误，责任自负。  报考者签名： | | | | | | | | | |
| 所在工作单位意见 | （需所在工作单位主要领导签字、加盖公章）  年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | |
| 所在工作单位主管部门意见 | （需所在工作单位主管部门主要领导签字、加盖公章）  年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | |
| 湄潭县医疗保障局局审核意见 | 审核人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |