附件2 编号：

衡东县医疗保障局公开遴选（选调）工作人员报名表

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生年 月 |  | 籍 贯 |  | 1寸免冠彩照 |
| 民 族 |  | 政 治面 貌 |  | 参加工作时间 |  | 健 康状 况 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 现任职 级（专业技术职称） |  |
| 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 |  |
| 户 口所在地 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 码 |  | 登记公务员（事业）时间 |  |
| 学习和工作简历︵从高中填起︶ |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 近三年年度考核情况 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
|  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 个 人承 诺 | 我已详细阅读了遴选（选调）公告，符合遴选（选调）条件。本人保证填报资料真实准确，如因个人填报失实或不符合遴选（选调）条件而被取消资格的，由本人负责。 签名： 年 月 日 |
| 所 在单 位意 见 |  （盖 章）  年 月 日 |
| 资 格审 查意 见 |  （盖 章）  年 月 日 |
| 备注 |  |