附件2

**2023年阳东区医疗保障事业管理中心**

**选调报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 报考岗位代码： |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 插入小一寸电子彩色照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 入党时间 |  | 参加工作时间 |  | 是否具有5年工作经历 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 工作单位及职务 |  | 任职时间 |  |
| 2020年以来年度考核结果 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 学习及工作经历 |  |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 称谓 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报名人员承诺 | 本人承诺报名表所写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假不实隐瞒等情况，将承担相关责任并接受相应处理。承诺人（签名）： 年 月 日 |
| 审查意见 |  |
| 审查人员承诺 | 本人已认真审查本报名表，并根据招聘公告、报考指南和岗位要求对报考人员进行审查，愿意对上述审查意见负责。审查人员签名： 日期： 年 月 日 |
| 备注 |  |

备注:认真填写好个人相关信息后打印一式两份（正反面打印）