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）