附件：

**台州市医疗保障局下属参公事业单位公开选调报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |  | 出生年月（ ）岁 |  |  照片 |
| 民族 |   | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 入党时间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  |
| 学历学位 | 全日制 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 联系电话 |  | 单位性质（行政/参公） |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 个人简历 | (注：从高中开始填写) |

|  |  |
| --- | --- |
| 奖惩情况 |  |
| 主要工作业绩 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  本人申明：上述填写的内容真实完整，如有不实，本人愿意承担取消选调资格的责任。 签名： 年 月 日 |
| 所在单位负责人意见 |   （同意报名参与选调。）签名（盖章）： 年 月 日 |