附件

金华市医疗保障局下属单位公开选调报名登记表

报考职位： 报考编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | 出生  年月 |  | 照片 |
| 民族 | |  | | 籍贯 | |  | | 政治  面貌 |  |
| 入党  时间 | |  | | 参加工  作时间 | |  | | 健康  状况 |  |
| 现工作单  位及职务（职级） | |  | | | | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | 手机号码 | | |  | |
| 全日制  学历学位 |  | | | | | 毕业院校  及专业 | | |  | |
| 在职教育  学历学位 |  | | | | 毕业院校  及专业 | | | |  | |
| 进入公务员队伍时间 | |  | | | 进入方式 | | | |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | |
| 简历 | |  | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 | |  | | | | | | | | |
| 历年年度考核是否均为称职及以上等次 | |  | | | 是否在试用期或服务期 | |  | | | |
| 家庭主要成员及社会关系 | | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治  面貌 | | 工作单位及职务 | | | |
|  |  |  |  | |  | | | |
|  |  |  |  | |  | | | |
|  |  |  |  | |  | | | |
|  |  |  |  | |  | | | |
|  |  |  |  | |  | | | |
|  |  |  |  | |  | | | |
| 所在单位  主管部门  意见 | | 盖章： 2024年 月 日 | | | 组织部门意见 | | 盖章： 2024年 月 日 | | | |
| 本人  承诺 | | 上述信息全部属实，本人服从组织安排。如有弄虚作假行为的，自愿承担相应后果。  承诺人：  2024年 月 日 | | | | | | | | |