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  |