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：从高中以后的全日制国民教育毕业院校开始填起) | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | |
| 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 | | |