附件1

天台县医疗保障局选调报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片  （一寸近期正面免冠彩照） |
| 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 |  | | | 联系电话  （手机） |  |
| 学 历  学 位 | 全日制  教育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | |
| 在职  教育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | |
| 工作单位及职务 | |  | | | | |
| 家 庭 住 址 | |  | | | | |
| 工  作  简  历 |  | | | | | |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度考核结果 |  | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员  及  重  要  社  会  关  系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治  面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报名人所在单位意见 | 单位盖章  年 月 日 | | | | |
| 审核  意见 | 单位盖章  年 月 日 | | | | |

说明：⒈工作简历要填写到月，填写清楚工作变化的时间（包括工作岗位变化时间）；籍贯填写到乡镇（街道）、出生地填写到乡镇（街道）。

⒉家庭成员和社会关系需填写配偶、子女、父母、岳父母（公婆）、兄妹等。