附件2

2025年三明市医疗保障局直属事业单位

公开选聘工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生年 月 |  | 1寸正面免冠彩照 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 参加工作时间 |  |
| 政 治面 貌 |  | 入 党时 间 |  | 专业技术职称 |  |
| 全日制教 育 | 学历 |  | 毕业院校、系及专业 |  |
| 学位 |  |
| 在 职教 育 | 学历 |  | 毕业院校、系及专业 |  |
| 学位 |  |
| 何时何种方式进入干部队伍 |  | 现工作单位及职务 |  |
| 身份证号码 |  | 是否满足最低服务年限或其他约定年限 |  |
| 通信地址及 邮 编 |  | 联 系电 话 |  |
| 报考岗位 |  |
| 个人简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 年度考核结果 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 所在单位意见 | （盖 章） 年 月 日 |
| 主管部门意见 | （盖 章） 年 月 日 |
| 组织人事部门意见 | 以上信息已核实无误，同意报名。 （盖 章） 年 月 日 |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的相关材料真实，符合选聘公告的报考条件。如有不实或弄虚作假，本人自愿放弃选聘资格并承担相应责任。报考人员（签名）： 202 年 月 日 |

备注：考生最迟于体检前提供组织人事部门盖章证明。