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。