附件：

蚌埠市医疗保障局公开选调公务员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 身份证号 |  | | | | | | | 贴一寸近照 |
| 性  别 |  | 出生年月 |  | | | | 民  族 | |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | | | | 健康状况 | |  |
| 参加工作时间 |  | 联系电话 |  | | | | | | |
| 全日制  学历学位 |  | 毕业院校  及专业 |  | | | | | | | |
| 在职  学历学位 |  | 毕业院校  及专业 |  | | | | | | | |
| 现工作单位及职务（职称） |  | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | 历年年度考核情况 | | | | |  | |
| 从事医保  工作年限 |  | | | | | | | | | |
| 是否同意不保留原职务（职称）待遇 | | | | |  | | | | | |
| 简  历 |  | | | | | | | | | |
| 诚  信  承  诺 | 本人承诺所填信息真实、准确、完整，如有虚假，责任自负。    签名：  年   月   日 | | | | | 任免机关意    见 | | 盖　章  年   月   日 | | |
| 选调单位审查意见 | 盖　章  　　　　　　　                           年   月   日 | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |