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 |   |