赞皇县医疗保障局竞争性选调事业单位工作人员

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | 出生年月 | |  |  |
| 民 族 | |  | | | 籍 贯 | |  | 健康状况 | |  |
| 入 党时 间 | |  | | | 参加工作时间 | |  | 任现职  时 间 | |  |
| 身 份证 号 | |  | | | | | | | | |
| 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 | |  | |
| 所在单位及职务 | | | | |  | | | | | | |
| 联系方式 | | | | | 固定电话： 手机： | | | | | | |
| 学  习  工  作  经  历 |  | | | | | | | | | | |
| 何时以何种方式取得事业单位全额事业人员身份 | | | | | | | | |  | | | |
| 有服务年限的，是否达到选调通知中所要求的服务年限 | | | | | | | | |  | | | |
| 是否与选调单位工作人员构成回避关系 | | | | | | | | |  | | | |
| 年度考核结果有无基本合格、不合格情况 | | | | | |  | | | | | | |
| 奖惩情况 | | | | | |  | | | | | | |
| 本人承诺 | | | | **本人承诺所填信息全部属实，如不属实，将承担相关责任并接受相应处理。**  本人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 报名人员所在单位党委（党组）推荐意见 | | | 同意推荐  主要负责人签字： 党委（党组）盖章  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 报名人员所在单位主管部门推荐意见 | | | 同意推荐  主要负责人签字： 党委（党组）盖章  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | | | | | | |