附件1： 兴山县城乡居民医疗保险中心选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生  年月 | |  | | | | 近期  免冠  一寸  彩照 |
| 参加工作时间 | |  | | 健康状况 |  | 专业技  术资格 | |  | | | |
| 学历  学位 | | 全日制 | |  | | 毕业院校及专业 | | |  | | | |
| 在 职 | |  | |  | | | |
| 联系  地址 | |  | | | | | | | 固定电话 | |  | |
| 移动电话 | |  | |
| 现工作单位及岗位 | | |  | | | | | | 本人编  制情况 | |  | |
| 本人申请 | 签名（手写） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 个人工作简历 |  | | | | | | | | | | | |
| 现工作单位意见 | 单位盖章  年 月 日 | | | | | | 主管部门意 见 | | | 单位盖章  年 月 日 | | |
| **本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃资格并承担相应责任。**  **选调人员承诺人（签名）： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |