附件：

北川羌族自治县2020年公开选调 县医疗保障事务中心工作人员报名信息表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 本人近期同底版一吋彩色免冠照片 |
| 性别 |  | 民族 |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 |  | 专业技术职务 |  | 参加工作时间 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 婚否 |  | 健康状况 |  | 联系电话 |  |
| 户口所在地 |  |
| 报考岗位 |  | 工龄 |  |
| 是否愿意在拟选调单位服务5年及以上 |  |
| 个人简历 |  |
| 初审意见 | 年 月 日 | 复审意见 | 年 月 日 |
| 本人承诺 | 本人以上所填内容属实，不含虚假成分，谨此确认。报考者签名： 年 月 日 |