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 | | | | | | | | | | | |