附件：

余姚市医疗保障局公开选调事业单位工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | 1寸照片 |
| 性别 |  | 出生年月 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 所在单位 |  | 专业技术职务 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 本人简历 |  |
| 家 庭主 要成 员情 况 |  |
| 本人申明：以上情况属实，如有虚假，愿意承担责任。签名： |
| 所在单位意见 |   年 月 日 | 主管部门意见 |  年 月 日 |
| 选调单位审核意见 |   年 月 日 |