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