迪庆州医疗保障局

2020年公开遴选公务员报名表

（请用正楷字填写，本表涂改无效，本表可打印、复印使用）

本人郑重承诺：保证以下所填资料真实、准确，承担因信息填写错误导致的一切后果。 报考人签名：

编号（遴选单位工作人员填写）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | | | 出生年月  （ 岁） | | |  | | 照片 | | |
| 民 族 | |  | | 籍 贯 |  | | | 出 生 地 | | |  | |
| 政治面貌入党时间 | |  | | 参加工作时间 |  | | | 健康状况 | | |  | |
| 现工作单位及职务 | |  | | | | | | 任现职  时 间 | | |  | |
| 学 历  学 位 | | 全日制  教 育 |  | | | 毕业院校系及专业 | |  | | | | | | | |
| 在 职  教 育 |  | | |  | | | | | | | |
| 报考单位 | |  | | | | 报考岗位代码 | |  | | | | 是否符合岗位所需条件 | | |  |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | 身份证号码 | |  | | | | | | |
| 主要  工作  简历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 考生现工作单位审核意见 | 同意报考  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 现单位公务员调动审批单位审核意见 | | 同意报考  （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 遴选单位审核意见 | 同意报考  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |