附件2

赣州市医疗保障局公开考选公务员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 民族 |   | 出生年月       （岁） |   | 相片 |
| 籍贯 |   | 出生地 |   | 入党时间 |   |
| 参加工作时间 |   | 身份证号码 |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 婚姻状况 |   | 健康状况 |   |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学 历     学 位 | 全日制          教  育 |   | 毕业院系及专业 |   |
| 在  职            教  育 |   | 毕业院系及专业 |   |
| 工作单位及职务 |   |
| 本人联系方式                 （住址） | 联系电话： | 电子邮箱： |
| 通讯地址： | 邮政编码： |
| 家庭地址： |
| 主要学习工作简历（从大学起） |              |
|
| 家庭主要成员和主要社会关系情况 |
| 关系 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 目前所在单位及职务 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 奖惩情况 |   |
| 主要成果及业绩 |   |
|
| 所在单位意见 |   | (公章)   年    月   日 |
| 应试人员签   名 | 本人保证上述情况所填信息真实无误，如因填写有误或不实而造成的后果，均由本人负责。   签名：                            年    月    日 |