附件2：

**黄石市医疗保障基金核查中心**

**公开选聘工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月( 岁) | ( 岁) | （此处粘贴照片或直接打印电子照片） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 政 治面 貌 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职务 |  | 熟悉专业有何专长 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 现工作单位 |  |
| 联系地址 |  |
| 移动电话及电子邮箱 |  |
| 个人简历 |  |
| 主要社会关系 |  |
| 单位党委审核盖 章 | 经审核，以上信息属实，同意报考。年 月 日 | 所属集团党委审核盖章 | 经审核，以上信息属实，同意报考。年 月 日 |
| 用人单位审核意见 | 审核人： 审核日期： 年 月 日 |