附件2

2025年台州市医疗保障局公开遴选报名推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 |  | 婚姻 状况 |  | 健康状况 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 | 学历 |  | 毕业院校、系及专业 |  |
| 学位 |  |
| 在职教育 | 学历 |  | 毕业院校、系及专业 |  |
| 学位 |  |
| 现工作单位 及职务（职级）  |  |
| 身份证号码 |  | 手机号码 |  |
| 通讯地址 |  |
| 工 作 简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 与本人关系 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务（职级/职称） | 户口所在地 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 是否为选调生 |  | 是否满足最低服务年限要求 |  | 是否在本级机关工作2年以上 |  | 历年公务员年度考核是否均为称职以上等次 |  |
| 所在单位意见 | （盖章）年 月 日 | 同级组织部门意见 | （盖章）年 月 日 |
| 本人 承诺 | 所填内容全部属实，本人符合遴选公告规定的所有条件且不存在公告规定的不得参加公开遴选的情形，如有虚假，本人愿承担由此造成的一切后果。签名：  2025年 月 日 |

填表说明：1.此表由报考人员填写，需经本人所在单位、同级组织部门审核盖章；其中符合遴选条件的省属单位、在浙中直机关人员需经本人所在单位审核盖章；2.“本人简历”栏从就读大、中专院校学习时填写，工作经历须写明所任职务及起始时间（具体到月）；3.有最低服务年限要求的，应注明是否已满足服务年限要求；4.报考人员应在“本人承诺”栏签名，否则报名无效；如有弄虚作假、隐瞒真实情况的，一经发现取消遴选资格。