附件2：

成都市新都区卫生和计划生育局

公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | 照片 |
| 性 别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 民 族 |  | 参加工作时间 |  | 职称 |  |
| 学历情况 | 学历（全日制） | 毕业时间 | 毕业学校 | 所学专业 |
|  |  |  |  |
| 学历（继续教育） | 毕业时间 | 毕业学校 | 所学专业 |
|  |  |  |  |
| 现从事专业（岗位）及年限 |  | 兼职岗位 |  | 联系电话 |  |
| 执业资格证书名称 |  | 取得时间 |  | 证书编码 |  |
| 人事关系所在单位 |  | 现工作单位 |  |
| 拟选调岗位 |  |
| 是否同意调配 |   |
| 所在单位意见 | 单位负责人签名： 年 月 日 |
| 审核意见 |  年 月 日 |