|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | |  |  |  |  |  |  |
| **龙陵县2019年县直医疗卫生单位公开考试选调报名表** | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 | |  | 籍 贯 |  | 健 康 状 况 |  |
| 政治面貌 | |  | 参加工 作时间 |  | 进入机关工作时间 |  |
| 学历 学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校 及专业 (学位) |  | | |
| 在职 教育 |  | 毕业院校 及专业 (学位) |  | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | |
| 现工作单位及职务（职称） | |  | | | | | |
| 任现职 时 间 | |  | 任同级 职务时间 |  | | 联 系 电 话 |  |
| 报考单位 及岗位 | |  | | | | | |
| 主  要  工    作  简  历 | |  | | | | | |
| 奖惩 情况 | |  | | | | | |
| 近三年 考核情况 | |  | | | | | |
| 所在 单位 意见 | | 年 月 日(盖章) | | | | | |
| 乡镇  人民  政府 意见 | | 年 月 日(盖章) | | | | | |
| 主管  部门 意见 | | 年 月 日(盖章) | | | | | |
| 县人社部门审核意见 | | 年 月 日(盖章) | | | | | |