丰都县卫生健康系统

考调事业单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 | |  | 近期免冠登记  彩色照片  （1寸） |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | | 出 生 地 | |  |
| 入编工  作时间 |  | | 现单位工作时间 | |  | | 专 业 | |  |
| 专 技  职 务 |  | | | | | | 联系方式 | | 固定电话： | |
| 特长及优缺点 |  | | | | | | 移动电话： | |
| 学 历  学 位 | 全日制教育  学历（学位） | |  | | | | 毕业院校  及专业 | |  | |
| 在职教育  学历（学位） | |  | | | | 毕业院校  及专业 | |  | |
| 工作单位  及现任职务（级别） | | |  | | | | | | | |
| 简  历 | |  | | | | | | | | |
| 奖惩情况、发表作品情况 | |  | | | | | | | | |
| 近五年  年度考核情况 | | 2014年 2015年 2016年 2017年 2018年 | | | | | | | | |
| 家庭情况  （父母、配偶和子女） | | 称谓 | 姓名 | 年龄 | | 政治  面貌 | | 工作（学习）单位及职务 | | |
|  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  | |  | |  | | |
| 考调区域  工作学习意见 | | 该同志于 年 月 日至 年 月 日在我单位工作学习属实  领导签字： （单位盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |
| 拟调出单位  意 见 | | 领导签字： （单位盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |
| 县卫生健康委意 见 | | 纪检监察组织  审查人员签字： | | | | | | 医政医管科  审查人员签字： | | |
| 资 格  审查意见 | | 符合报名条件，同意报考。  （单位盖章）  资格审查人员签字： 年 月 日 | | | | | | | | |

填表说明：本表格双面打印；“联系电话”栏，需同时填写固定电话及移动手机号码。