湘潭县卫生健康局公开选调工作人员报名登记表

  报考岗位：                                             岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |   | 性  别 |   | 出生年月 |   | 照 片（2寸） |  |
| 民  族 |   | 籍  贯 |   | 出生地 |   |  |
| 政治面貌 |   | 入  党时  间 |   | 参加工作时间 |   |  |
| 健  康状  况 |   | 职称 |   | 是否属湘潭县医疗卫生事业编制人员 |   |  |
| 学  历 | 全日制教  育 |   | 毕业院校及专业 |   |  |
| 在  职教  育 |   | 毕业院校及专业 |   |  |
| 工作单位及职     务 |   | 手机号码 |   |  |
| 学 习 及 工 作 简 历 |                       |  |
| 奖惩情况 |   |
| 近三年年度考核情    况 | 2017年： | 2018年： | 2019年： |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 填报信息真实性承诺 |  本人郑重承诺，报名登记表上所填写的信息真实、准确、有效。  承诺人： |
| 单位意见 |     （盖 章） 年     月     日 |
| 资格初审意见 |   | 资格复审意见 |   |

  说明：

     1、考生必须如实填写上述内容，并需单位签署意见，如填报内容虚假，取消考试或选调资格。

     2、如有需说明的情况可另附。

|  |
| --- |
|   |