附件2

余庆县卫生健康系统2020年公开选调

事业单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 户籍所在地 |  | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 参加工作时间 |  |
| 专业技术职称/级别 |  | 特长 |  |
| 全日制教育 | 学历学位 |  | 在职教育 | 学历学位 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位及职务 |  | 所在单位是否同意报考 |  |
| 报考单位 |  | 报考职位 |  | 职位代码 |  |
| 年度考核 | 2017年度考核为（ ）2018年度考核为（ ）2019年度考核为（ ） |
| 本人简历 |  |
| 报名信息确认 | 符合报考职位要求，填写信息均为本人真实情况，若有虚假、错误，责任自负。 　　　考生签名： 　 代报人员签名： |
| 报考人单位意见 | 负责人签字：2020年 月 日 | 审核意见 | 审核人签字：2020年 月 日 |

（2张照片粘贴处）