附件2

遵义市卫生健康局直属事业单位公开选调工作人员报名推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 计算机能力/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 |  |
| 报考单位代码及名称 |  | 报考职位代码及名称 |  |
| 家庭主要成员情况 | 称 谓 | 姓 名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人主要工作经历 | (*说明：非标准化简历，可专门针对报考职位要求条件作相应工作经历详细描述。填表时删除此说明*） |
| 奖惩情况 |  |
| 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。 　　　报考者签名：　 |
| 所在单位及主管部门意见 |  （盖章）  年 月 日 |
| 选调单位审核意见 |  审核人签名： 年 月 日 |

此表一式三份，一份选调单位留存，一份返还报考者，一份报市人力资源和社会保障局。