附件

2021年齐河县卫健系统“人才回引计划”申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | | **出生年月**  **（ 岁）** | |  | | **照片** | |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | | **出 生 地** | |  | |
| **入 党**  **时 间** |  | **参加工作时间** |  | | **健康状况** | |  | |
| **专 业**  **特 长** |  | **联系地址及电话** | | |  | | | |
| **学 历**  **学 位** | **全日制**  **教 育** |  | | | **毕业院校**  **系及专业** | |  | | | |
| **在 职**  **教 育** |  | | | **毕业院校**  **系及专业** | |  | | | |
| **工作单位及职务**  **（专业技术职称）** | |  | | | **工作单位**  **所在地** | |  | | | |
| **现工作单位 机构性质** | | **行政机关/参公单位/事业单位** | | | **身份** | | **事业干部/备案制** | | | |
| **年度考核结果** | **2018年** |  | | **2019年** |  | | **2020年** | |  | |
| **简**  **历** |  | | | | | | | | | |
| **奖惩**  **情况** |  | | | | | | | | | |
| **家庭**  **主要**  **成员**  **以及**  **重要**  **社会**  **关系** | 称 谓 | 姓 名 | | 出生年月 | 政治  面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | |
| **现工作单位意见** | （盖章）  主要负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| **单位主管部门意见** | （盖章）  主要负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| **现工作地组织（人社）**  **部门意见** | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| **意向工作单位** | **（应尽量选择与原工作单位相近或与个人专业密切相关的单位）** | | | | | | | **是否服从调剂** | |  |
| **本人**  **承诺** | **本人承诺以上信息属实。如不属实，将承担相关责任并接受相应处理。**  **本人签名： 年 月 日** | | | | | | | | | |

**注：1.“简历”从高中开始填写，每一段职务和经历都要分开填写起止时间。**

**时间均按照“\*\*\*\*.\*\*”格式填写，如1982.05。**

**2.奖惩情况填写大学期间以及参加工作以来受奖惩情况。**

**3.家庭主要成员及重要社会关系包括配偶、子女、父母、公公、婆婆（或岳父、岳母）。**