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）。**