附件： 凉山州卫生健康委员会

2021年公开考调凉山州公共卫生信息中心工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | | **性 别** |  | | | | **出生年月**  **（ 岁）** | | | |  | **贴**  **照**  **片**  **（1寸蓝底）** |
| **民 族** | |  | | **籍 贯** |  | | | | **出 生 地** | | | |  |
| **入 党**  **时 间** | |  | | **参加工**  **作时间** |  | | | | **健康状况** | | | |  |
| **专业技术职务** | |  | | **档案**  **身份** |  | | | | **婚 姻**  **状 况** | | | |  |
| **全日制**  **教 育** | | **学历**  **学位** | |  | | | | | **毕业院校**  **及专业** | | | |  | |
| **在 职**  **教 育** | | **学历**  **学位** | |  | | | | | **毕业院校**  **及专业** | | | |  | |
| **现工作单位及职务、岗位等级** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **任现职级时间** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **身份证号码** | | | |  | | | | | **联系电话** | | | |  | |
| **个**  **人**  **简**  **历** | （从高中开始，不间断。请填写起止时间、单位（学校）、职务（学历）、证明人。此外，请对岗位一览表中“其他要求”中对工作经历的要求进行详细填写） | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭**  **主要**  **成员**  **及重**  **要社**  **会关**  **系** | **称谓** | | **姓名** | | | **年龄** | **政治面貌** | | | | | **工作单位及职务** | | |
|  | |  | | |  |  | | | | |  | | |
|  | |  | | |  |  | | | | |  | | |
|  | |  | | |  |  | | | | |  | | |
|  | |  | | |  |  | | | | |  | | |
|  | |  | | |  |  | | | | |  | | |
|  | |  | | |  |  | | | | |  | | |
| **何时何地受过何种奖励处分** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **参加工作以来年度考核情况** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **工作**  **单位**  **意见** | **单位（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | **工作**  **单位**  **主管**  **部门**  **意见** | | **单位（盖章）**  **年 月 日** | | | | |
| **组织**  **人社**  **部门**  **意见** | **单位（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | **考调单位审核意见** | | | **单位（盖章）**  **年 月 日** | | | |
| **凉山州卫生健康委员会审查意见** | **单位（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |

本人承诺并签名(手写)：

**注：1.本表电脑录入后用A4纸双面打印。**

**2. 须由所在工作单位、主管部门、县组织或人社部门签署是否同意报考意见，同时写明最低服务年限期满时间，并盖章（未写明最低服务年限期满时间的报名表视为无效）。**

**3.不得随意更改本表结构。**