**正安县中医院**

**2021年面向全县乡镇卫生院公开选调工作人员报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 | |  | 照片 |
| 民 族 |  | | 政治面貌 | |  | | 入党时间 | |  |
| 参加工作  时间 |  | | 健康状况 | |  | | 联系电话 | |  |
| 身份证  号 码 |  | | | | | | | | | |
| 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 |  | |
| 报考单位 |  | | | | | | | 报考职位  及代码 |  | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | | | | | |
| 工作简历 |  | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | |
| 年度考核  情况 |  | | | | | | | | | |
| 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 | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
| 本人承诺 | 一、本人填写的各项报考信息全部真实有效。  二、因提供虚假信息所产生的一切后果均由本人负责。  签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 所在单位  党委（党组）意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 选调单位  初审资格  审查意见 | 审核人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |