附件2

2021年株洲市渌口区卫健系统公开选调

基层卫生院全额拨款事业编制工作人员

报名登记表

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生年月（ 岁） | |  | | 照  片 |
| 民族 |  | | | 籍贯 |  | 出生地 | |  | |
| 政治  面貌 |  | | | 参加工作  时间 |  | 健康  状况 | |  | |
| 学历  学位 | 全日制  教 育 | | |  | 毕业院校  及专业 |  | | | | |
| 在 职  教 育 | | |  |  | | | | |
| 现工作单位、职务  及职称 | | |  | | | | | | | |
| 入编时间 | | |  | | | | | | | |
| 报名岗位 | | |  | | | | | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | 手机 | |  | |
| 工 作 简 历 |  | | | | | | | | | |
| 主要工作业绩及奖惩情况 | |  | | | | | | | | | |
| 本人意见 | | 本人承诺以上信息均真实有效，无任何虚假内容，否则，自愿随时取消选调资格。  签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 所在单位意见 | | 以上信息已核实无误，同意推荐报考。  单位主要负责人签名： 盖 章：    年 月 日 | | | | | | | | | |
| 资格审查意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | |