附件1：

台江县2021年公开遴选医务人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 出生  年月 | |  | | | 照片  （1寸彩色白底） |
| 籍贯 |  | | 民族 |  | | 政治  面貌 | |  | | |
| 学历学位 | 全日制教育 | 毕业院校系及专业 | |  | | 入学时间及毕业时间 | | |  | |
| 在职教育 | 毕业院校系及专业 | |  | | 入学时间及毕业时间 | | |  | |
| 家庭详细  住址 |  | | | | | 身份证号 | |  | | | |
| 遴选岗位 |  | | | | | 遴选岗位代码 | | | |  | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | 联系电话(手机) | | | |  | |
| 工作简历  （从参加工作起） |  | | | | | | | | | | |
| 1.以上信息均为真实情况，如有弄虚作假，不仅同意取消选调考试资格，而且愿意接受组织上的纪律处分。2.本人承诺：遵守《台江县2021年公开遴选医务人员实施方案》的有关规定。如遴选成功，同意按照新单位新岗位的工资福利待遇标准执行。  承诺人（签名）： 2021年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 单位是否同意报考 | 签字（盖章）：  2021年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 主管部门意见 | 签名：  2021年 月 日 | | | | 报名资格审核意见 | | 审核人（签名）：  2021年 月 日 | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

注：此表须填写一式两份。