|  |
| --- |
| 绥化市卫生健康委员会公开选调参公管理工作人员报名登记表 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 |  |
| 民族 | 　 | 籍贯 | 　 |  出 生 地 | 　 |
| 入党时间 | 　 | 参加工作 时间 | 　 | 健康状况 | 　 |
| 身份证号 | 　 |
| 学历学位 | 全日制教育 | 学历 |  | 毕业院校系及专业 | 　 |
| 学位 |  |
| 在职教育 | 学历 |  | 毕业院校 系及专业 | 　 |
| 学位 |  |
| 工作单位及岗位 | 　 | 现任职务职级 | 　 |
| 何时何种方式取得公务员身份 | 　 |
| 联系方式 | 手机1 |  |
| 手机2 |  |
| 工作简历 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 奖惩情况 | 　 |
| 历年年度考核结果是否为称职以上 | 　  |
| 家庭主要成员情况（需填写本人兄弟姐妹情况） | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 所在单位及职务 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 绥化市卫健委资格审查意见 |  （公章） 年 月 日 |
|  注：此表需正反面打印。 |