附件3：

**利川市卫健系统公开选调工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 入党时间 |  | 健康状况 |  | 参加工作时间 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 进编 时间 |  |
| 全日制学历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在职学历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 执业资格 |  | 身份性质 |  |
| 报考单位 |  | 岗位代码 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 是否涉嫌违纪违法正在接受有关的专门机关审查尚未作出结论 | 是否受处分期间或者未满影响期限 | 是否尚在服务期或试用期内 | 是否与选调单位主要负责人有回避关系 | 有无其他不符合选调条件的情况 |
|  |  |  |  |  |
| 年度考核结果 | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|  |  |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 姓 名 | 关 系 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人承诺 | 本人确认以上信息无误并对所提交资料的真实性、准确性、合法性负责。如因提供虚假信息影响选调结果，由本人承担全部责任。签字： 年 月 日 |
| 所在单位意见 |  同志于 年 月进入我单位工作，现为 身份，符合选调报名条件，同意报考。单位主要负责人： （盖章） 年 月 日 |
| 主管部门意见 | 同意 同志报考。单位主要负责人： （盖章） 年 月 日 |
| 资格审查意见 |  签名： 年 月 日 |