附件

泰顺县卫生健康局公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 近期免冠1寸相片 |
| 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 |  | 入党时间 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 现工作单位及职务职级 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 简 |  |
| 历 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年 月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 奖惩情况 |  |
| 近三年考核情况 |  |
| 本人声明: 上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿意承担一切责任。 申请人签名: 年 月 日 |
| 现单位意见 | （单位盖章） 年 月 日 |
| 主管部门意见 | （单位盖章） 年 月 日 |
| 考试资格初审意见 | 年 月 日 |

备注：1.此表由本人如实填写后正反面打印并经现单位签署意见并盖章后，提交现场报名。2.报名序号和考试资格初审意见由工作人员填写。