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。