**望江县卫健委直属事业单位公开选调**

**工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴近期2寸正面免冠彩色相片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入党时间 |  | 健康状况 |  | 参加工作 时间 |  |
| 身份证号码 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 编制 性质 |  | 联 系方 式 | 手机号码： |
| 工作单位及职务 |  |
| 工作简历 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 近三年年度考核情况 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家 庭主 要成 员 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 诚 信承 诺 | 本人上述所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实有效，若有虚假和隐瞒，责任自负。    报考人签名：  年 月 日 |
| 所在单位意见 |   (盖章) 年 月 日  |
| 卫健委审核意见 |  (盖章) 年 月 日  |
| 备 注 |  |