**韶山市人民医院流动调配工作人员**

**推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生  年月 |  | | 照片 | | |
| 政治面貌 |  | 身份  证号 |  | | | | |
| 籍贯 |  | 出生地 |  | | | | |
| 参加工作年月 |  | | | 人事档案保管单位 | |  | | 健康状况 | |  |
| 联系地址 |  | | | 联系电话 | |  | | | | |
| 专业技术职务  （职 称） |  | | | 取得时间 | |  | | | | |
| 执（职）业资格 |  | | | 取得时间 | |  | | | | |
| 近两年年度考核情况 | 2020年度 | | |  | | 2021年度 |  | | | |
| 第一学历毕业  院校及专业 |  | | | 学历层次 | |  | 学位 | |  | |
| 最高学历毕业  院校及专业 |  | | | 学历层次 | |  | 学位 | |  | |
| 学习经历及  工作经历  （自大学起  填写） | （按起始时间、毕业学校、专业、学历及学位顺序填写，主要职务顺序填写） | | | | | | | | | |
| 应试人员  承诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合流动调配岗位所需的资格条件。如弄虚作假，承诺自动放弃流动调配和聘用资格。  应试人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 主管部门（单位）党委（党组）  意 见 | 经审查： 系我（单位）在编在册在岗工作人员，年度考核没有基本合格及以下，符合本次选调所规定的条件，特推荐该同志参加本次流动调配。    审查人（签名并加盖公章）：    年 月 日 | | | | | | | | | |
| 资格审查意见 | 审查人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | |

说明1、流动调配人员必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消流动调配或聘用资格。

2、如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附。