附件2

青川县公开考调事业单位工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月( 岁) |  ( 岁) | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 入 党时 间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 任现职时 间 |  |
| 学历层次及毕业院校 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及 专 业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及 专 业 |  |
| 报考岗位 |  | 联系方式 |  |
| 简历 |  |
| 近三年年度考核情况 | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 |
|  |  |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 政 治面 貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 所在单位意 见 |    （盖章） 年 月 日 | 所在单位主管部门意 见 |       （盖章） 年 月 日 |
| 资格审查情况 |  负责人签字： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 考试成绩 | 笔试成绩 | 面试成绩 | 考 试总成绩 | 名次 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
| 考察情况 |  | 体检情况 |  |
| 考调单位意 见 |   （盖章） 年 月 日 | 考调单位主管部门意 见 |      （盖章） 年 月 日 |
| 组织人社部门意见 |  |
| 备 注 |  |

（此表双面打印）

附件2

青川县卫生健康局公开考调部分医疗卫生事业单位工作人员岗位条件一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主管部门 | 考调单位 | 考调岗位 | 考调人数 | 学 历 | 专 业 | 年龄要求 | 执（职）业资格 | 其它要求 |
| 青川县卫生健康局 | 青川县疾病预防控制中心 | 专业技术（疾病预防控制） | 1 | 本科及以上 | 预防医学/临床医学/针灸推拿学 | 35周岁及以下 | 执业医师及以上资格 |  |
| 青川县卫生健康局 | 青川县妇幼保健院 | 专业技术（护理） | 1 | 本科及以上 | 护理/护理学/高级护理/高等护理 | 35周岁及以下 | 护师及以上资格 |  |