附件2

会理市2023年公开考调市级医疗卫生单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出生年月  （ 岁） | | |  | | 照 片 | | |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | | 出生地 | | |  | |
| 入 党  时 间 |  | | 参加工  作时间 | |  | | 健 康  状 况 | | |  | |
| 熟悉专业  有何专长 |  | | | | | | | | | | |
| 全日制  教 育 | 学历  学位 | |  | | 毕业院校  系及专业 | |  | | | | | | | |
| 在职教育 | 学历  学位 | |  | | 毕业院校  系及专业 | |  | | | | | | | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | | | | 取得的资格证  类型 | |  | | | |
| 身份证  号码 |  | | | | | | 工作年限 | | | | | | |  |
| 联系电话 |  | | | | | | 考调岗位 | | | | | | |  |
| 个  人  简  历 | （从接受大专及以上全日制教育经历开始填写） | | | | | | | | | | | | | |
| 何时何地受过何种奖励处分 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 近三年  年度考核结果 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 是否有回避关系 | |
| 丈夫或  妻子 |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
| 子女 |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
| 父亲 |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
| 母亲 |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
| 其他重要社会关系 |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | | | | |  | |
| 所在单位意见 | （由所在单位对表格内容严格进行审查，签署是否同意参加考调的意见，并签名加盖单位印章。例如：情况属实，同意参加考调。）  （盖章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门意见 | （如报考者为乡镇医疗机构负责人需填写此栏）  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

备注：1.考调岗位填写岗位编码；

2.考生要在报名表正面右上角签“报名表所填信息属实”和本人姓名，A4纸双面打印。