附件：

双柏县卫生健康局关于双柏县人民医院、双柏县妇幼保健院2023年从全县乡镇医疗卫生单位公开选调编制内卫生专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月（）岁 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 出生地 |  | 政治 面貌 |  | 入党时间 |  |
| 参加工作时间 |  | 编制身份 |  | 健康 状况 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 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 |  |
| 工作单位及职务职称 |  | 报考单位及岗位 |  |
| 家庭住址 |  |
| 学习工作简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
|
|
| 近三年年度考核情况 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 工作单位及职务 | 有无违纪违法情况 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报名人承 诺 | 我自愿参加双柏县卫生健康局所属事业单位工作人员公开选调，并承诺所填写内容和提供的材料真实有效。承诺人：  年 月 日 | 所在单位意 见 | 单位负责人（签名）：（单位盖章） 年 月 日 |
| 所在地主管部门意见 | 负责人（签名）：（单位盖章）年 月 日 | 所属单位纪检监察意见 | 负责人（签名）：（单位盖章）年 月 日 |
| 资格审查意见 | 经审查，该同志符合□（不符合□）选调资格条件。资格审查小组成员（签名）：年 月 日 |

**说明：**1.填写内容必须真实准确；2.报考单位及岗位栏填写“单位名称+岗位名称”；3.所属单位纪检监察意见栏由所在单位属地纪检监察部门审核签字并盖章。