附件1：

遂川县卫健系统“绿色通道”调动申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 | |  | 性别 | |  | | | 民族 | |  | | 出生年月 | |  | |
| 参加工作  时间 | |  | 学历 | |  | | | 政治面貌 | |  | | 籍贯 | |  | |
| 何年何月何校毕业 | | |  | | | | | | 专业 |  | | 职称 | |  | |
| 现工作单位及职务 | | |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 现工作单位性质 | | |  | | | | | | | 经费形式 | |  | | | |
| 本人  主要  经历 | 年月－　年月 | | 在何地何部门从事何职务 | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| 配偶  情况 | 姓名 | |  | | | | 出生年月 | | |  | | 籍贯 | | |  |
| 参加工作时间 | |  | | | | 结婚时间 | | |  | | 学历 | | |  |
| 工作单位及职务 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 调出  单位  意见 |  | | | 调出  单位  主管  部门  意见 | |  | | | | | 调出  地人社部门意见 | |  | | |

备注：此表一式一份（A4纸打印），请按表格要求如实填写。