附件

兴国县乡镇卫生院新任院长推荐人选情况登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 | |  | 贴1寸  彩色照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 | |  |
| 参加工作时间 |  | 任现职  时间 |  | 入党时间 | |  |
| 执业资格 |  | 技术职称 |  | 是否服务安排 | |  |
| 工作单位  及职务 |  | | | | | 联系电话 |  |
| 全日制  学历 |  | 毕业学校及专业 | |  | | | |
| 在职学历 |  | 毕业学校及专业 | |  | | | |
| 拟竞聘  职位 |  | | | 身份证号码 | |  | |
| 本人简历 |  | | | | | | |
| 近三年考核情况 |  | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
| **本人承诺：**  以上填写信息真实无误，若有虚假，本人愿承担相关责任。    承诺人：  年 月 日 | | | | | | | |
| 推荐单位意见 | 主要负责人签字： (单位公章)  年 月 日 年 月 日 | | | | | | |
| 资格审  核意见 | 审核人签名： | | | | | | |

**说明：①**此表“本人承诺”栏以上内容由干部本人填写；**②**家庭主要成员及重要社会关系主要指配偶、父母及配偶的父母、子女及其配偶，三代以内直系、旁系血亲关系及近姻亲关系中有担任副县级以上职务和国（境）外定居的亲属须如实填写。