附件

涟源市卫生健康事务中心公开选调

事业单位工作人员报名表

岗位类别：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 参加工作时间 |  | 政治面貌 |  |
| 全日制教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 工作单位及职务 |  | 联系电话 |  |
| 工作经历 |  |
| 加分项目及加分 |  |
| 本人承诺以上信息真实有效，如有虚假，责任自负。　本人签名： |
| 所在单位意见 | 　　　　　（盖章）　　　　年　月　　日 | 资格初审意见 | 　经初审，符合选调资格条件。　　审查人签名：　　　　　年　月　　日　　　　 |
| 资格复审结论 | 　　经复审，符合选调资格条件。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　审核人签字：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |