附件

涟源市卫生健康事务中心公开选调工作人员

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 |  | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |