附件3：

**泰顺县卫生健康事业单位公开选调工作人员报名表**

报名序号： 报考岗位代码： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  |
| 学历 | 全日制 |  | 毕业院校及 专 业 | 全日制 |  |
| 在 职 |  | 在 职 |  |
| 身体状况 |  | 婚姻状况 |  | 联系电话 |  |
| 职称 |  | 任职时间 |  |
| 职务 |  | 任职时间 |  |
| 简历 | （从工作时间开始写起） |
| 家庭成员情况 |  |
| 获奖情况 |  |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿意承担一切责任。 申请人签名： 年 月 日 |
| 所在单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 医共体总院负责人意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  （盖章） 年 月 日 |

注：正反面打印