附件2

巧家县卫生健康系统县城规划区内医院公开选调医务人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **照片** |
| **参加工作时间** |  | **民族** |  | **政治面貌** |  |
| **职称资格** |  | **婚姻状况** |  |
| **现工作单位** |  | **主要专业特长** |  |
| **全日制学历毕业学校** |  | **毕业****时间** |  | **所学****专业** |  |
| **国民教育学历毕业学校** |  | **毕业****时间** |  | **所学****专业** |  |
| **最高学历毕业证号** |  | **身份证号码** |  |
| **报考单位** |  | **报考岗位** |  | **岗位代码** |  |
| **本人主要学习工作简历** | **起止年月** | **工作学习单位** | **职 务** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **家庭成员信息（父母、配偶、子女）** | **姓 名** | **性别** | **称 谓** | **年龄** | **现工作单位（住址）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **学历、专业、资格证书用人单位审查意见：** （明确学历、专业、资格是否符合报考条件）审核人签字： 年 月 日 | **工作时间、年度考核用人单位审查意见：** （明确工作时间，考核结果）单位负责人签字（盖章）： 年 月 日 |
| **主管部门审核意见：** 审核人签字：年 月 日 |
| **资格复审意见：**总审人签字：年 月 日 |

说明：本表一式一份双面打印，相关起始学历、专业、资格证书请提供原件审核后，交复印件