|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | |  |  |  |  |  |  |  |
| 富宁县2023年城区卫生健康单位公开考调工作人员报名登记表 | | | | | | | | |
| 报考岗位： | |  | | | | 岗位代码： | | |
| **基 本 信 息** | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照 片 | |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 参加工作 时间 |  |
| 政治面貌 |  | 入党（团）  时间 |  | 健康状况 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  | | |
| **学 历 信 息** | 全日制学历 | 学历名称 |  | 学位名称 |  | 专业名称 |  | |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  | |
| 在职学历 | 学历名称 |  | 学位名称 |  | 专业名称 |  | |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  | |
| **工 作 信 息** | 工作单位 |  | | | | 是否有且达到最低服务年限 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 现任职务（职称） |  | 任现职 时间 |  | | 个人身份 | □事业人员 □工勤人员 | |
| **工 作 及 任 职 经 历** |  | | | | | | | |
| **家庭 成员 及主要社会关系情况** | 称谓 | 姓名 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
| **表彰 奖励 情况** | 奖励级别 | 奖励时间 | 奖励名称 | | | 批准单位 | | |
|  |  |  | | |  | | |
|  |  |  | | |  | | |
|  |  |  | | |  | | |
|  |  |  | | |  | | |
| **近三年年度 考核情况** | | 2020年度 2021年度 2022年度 | | | | | | |
| **本人签名** | | 为维护公开考调工作的严肃性，我郑重承诺：   1.严格遵守公开考调的相关规定和纪律要求；  2.如实填写报名登记表，保证所填写信息真实准确完整；  3.保证符合考调公告中要求的资格条件；  4.在资格复审时提供报名时符合报名条件的证明，同时保证在聘用前始终符合报名资格条件；  5.已知晓并同意2023年公开考调事业单位工作人员各个环节要求。  以上承诺如有违反，本人自动放弃公开考调资格。   本人签字：   年 月 日 | | | | | | |
| **所在单位意见** | | | | | **所在单位主管部门意见** | | | |
| 1.所在单位是否同意报考；  2.有不符合相关要求的，一律不得推荐报考；  3.所在单位对报考人员的政治素养、工作能力、工作作风、工作状态、廉洁自律等情况的意见。    主要负责人签字：  盖 章   年 月 日 | | | | | 1.所在单位主管部门是否同意报考；  2.有不符合相关要求的，一律不得推荐报考    主要负责人签字：  盖 章   年 月 日 | | | |
| 说明： | 1.报名人员需报经所在单位审核同意并盖章。 2.本表一式三份，须双面打印，所有项目为必填项，本人签名为手签。 | | | | | | | |