附表2

南华县卫生健康事业单位系统内公开选调工作人员报名登记表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出 生  年 月 |  | | | 参加工  作时间 |  | 政治  面貌 |  |
| 专业技  术职称 |  | | | 最高学  历学位 |  | 健 康  状 况 |  |
| 专业特长 | |  | | | 联系电话 |  | |
| 毕业院校  系及专业  （填最高学历） | |  | | | | | | |
| 现单位及职务 | | |  | | | | | |
| 报考岗位 | | |  | | | 岗位代码 |  | |
| 主  要  学  习  工  作  简  历 |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭  主要  成员  及社  会关  系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 现单位及职务 | 户口所在地（县、乡） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 单位  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 选调  单位  审核  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 人事  部门  复审  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |