附件4：

|  |
| --- |
| **南华县卫生健康事业单位干部调动审批表** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 职务职称 |  |
| 政治 面貌 |  | 文化 程度 |  | 出生 年月 |  | 工资级别 |  |
| 健康 状况 |  | 籍贯 |  | 参加工作时间 |  | 联系电话 |  |
| 调出单位 | 名 称 |  | 调入单位 | 名 称 |  |
| 详细地址 |  | 详细地址 |  |
| 编制类别 |  | 编制类别 |  |
| 主要简历（含学历及专业） | 起 止 日 期 | 在 何 单 位 | 任 何 职 务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 现实表现 |  |
| 家 庭 成 员  | 称 谓 | 姓 名 | 工 作 单 位 及 地 址 | 户口所在地（州、县） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 配偶情况 | 姓名 |  | 出生 年月 |  | 学历 |  | 结婚 时间 |  |
| 工作 单位 |  | 职务 |  | 分居时间 |  |
| 地址 |  | 职称 |  | 是否有探亲假 |  |
| 户口所在地(县、乡) |  | 随调单位 |  |
| 调动详细理由 |  |
| 调出单位意见 | 紧密型县域医疗卫生共同体总医院意见 | 主管部门意见 |
|  |  |  |
| 年 月 日 |
| 调入单位意见 |
|  |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |