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 | | | | | |