附件2

**九龙县2023年度公开考调卫生紧缺**

**专业技术人才报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | **照片** |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **政治面貌** |  |
| **参加工****作时间** |  | **入党****时间** |  | **健康状况** |  |
| **学历学位** | **全日制教育** |  | **毕业院校系及专业** |  |
| **在职教育** |  | **毕业院校系及专业** |  |
| **现工作单位及职称** |  | **是否取得相应资格证** |  |
| **现从事工作情况** |  | **是否能正常履行岗位职责** |  |
| **身份证号码** |  | **联系电话****（手机）** |  |
| **报考单位名称** |  | **岗位编码** |  |
| **个****人****简****历** |  |
| **家庭成员及主要社会关系** | **称谓** | **姓名** | **年龄** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **近五年奖惩情况** |  |
| **近三年年度考核** | **2021年年度考核** |  | **2022年年度考核** |  | **2023年年度考核** |  |
| **工作单位意见** | **单位负责人签字：　　 单位签章****年 月 日** |
| **主管部门意见** | **主管部门负责人签字：　　 主管部门签章****年 月 日** |
| **组织部门意见** | **组织部门负责人签字：　　 组织部门签章****年　 月　 日** |
| **人力资源和社会保障部门意见** | **人社部门负责人签字：　　 人社部门签章****年　 月　 日** |
| **资格审查意见** |  |
| **本人承诺：所填信息真实有效，如因填写信息不准、不实，造成的一切后果自负。****报名人签名：****年 月 日** |

**注：“工作单位意见”、“主管部门意见”、“组织部门意见”、“人力资源社会保障部门意见”栏，按干部管理权限，由相关单位（部门）进行审查，签署是否同意参加考调的意见，并加盖印章。“资格审查意见”由考调单位填写，意见为“合格”或“不合格”，不合格需标注不合格原因，报名表需正反两面彩色打印方有效。**