附件2

永丰县县直医疗卫生单位公开选调

卫生专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 参加工作时间 |  |
| 全日制教育 | 学历（学位） |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 | 学历（学位） |  | 毕业院校及专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 进入现工作单位时间及方式 |  |
| 联系地址 |  | 联系方式 |  |
| 报考单位 |  | 职位名称 |  |
| 学习及工作简历 | 何年何月至何年何月 | 在何单位学习或工作 | 任何职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 近五年年度考核情况 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 个人承诺 | 本报名推荐表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。报名人签名（手写）： 年 月 日 |
| 资格审核意见 |  |

说明：“个简历”从在大学院校读书开始填写。