附件2

威宁县卫生健康系统考调“乡编县用、跟班学习轮训”医务人员报名表

 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | （照 片） |
| 身份证号 |  | 出生年月 |  |
| 入党时间 |  | 参加工作时 间 |  | 联系电话 |  |
| 户籍地址 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业学校及所学专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业学校及所学专业 |  |
| 编制所在单位 |  | 单位性质 |  |
| 现任职务(职称） |  | 个人身份 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位代码 |  |
| 是否满足所报岗位要求的全部条件 |  | 是否属于《简章》“不得报考”中的类型 |  |
| 家庭主要成员关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 工作简历（从大学时填写） |  |
| 报名信息确 认 栏 |  本人承诺：确认自己认真阅读《简章》和《岗位表》且符合拟报考岗位所需的资格条件，自觉遵守人事考试纪律，所填信息均为本人真实准确情况，自愿报名，若有虚假、隐瞒、遗漏、错误，责任自负。本人承诺聘任后服从管理，工资待遇按调入单位新明确的职务或聘任后的岗位执行新的工资结构；如考调单位无对应职称岗位，服从高职低聘。考生签名： 代报人签名：  年 月 日  |
| 单位意见： 审核人签名（加盖单位公章）：  年 月 日 | 主管部门意见： 审核人签名（加盖单位公章）：  年 月 日 |
| 初审人审核意见：  初审人签名： 年 年 月 日 | 复审人审核意见： 复审人签名： 年 年 月 日 |