湘潭县卫生健康局公开选调工作人员报名登记表

  报考岗位：                                             岗位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 | | | |  | | | 性  别 | |  | | | 出生年月 | | | |  | 照    片  （2寸） |  |
| 民  族 | | | |  | | | 籍  贯 | |  | | | 出生地 | | | |  |  |
| 政治面貌 | | | |  | | | 入  党  时  间 | |  | | | 参加工  作时间 | | | |  |  |
| 健  康  状  况 | | | |  | | | 职称 | |  | | | 是否属湘潭县医疗卫生事业编制人员 | | | |  |  |
| 学  历 | | | | 全日制  教  育 | | |  | | | | | 毕业院校  及专业 | | | |  | |  |
| 在  职  教  育 | | |  | | | | | 毕业院校  及专业 | | | |  | |  |
| 工作单位及  职     务 | | | | | |  | | | | | | 手机号码 | | | |  | |  |
| 学    习    及    工    作    简    历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 奖惩  情况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 近三年年度考核  情    况 | | | | | 2017年： | | | | | 2018年： | | | | | 2019年： | | | |
| 家庭  主要  成员  及主  要社  会关  系 | | 称 谓 | | | 姓 名 | | | 出生年月 | | 政治面貌 | | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | | |
| 填报信息真实性承诺 | | 本人郑重承诺，报名登记表上所填写的信息真实、准确、有效。      承诺人： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位  意见 | | （盖 章）    年     月     日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格  初审  意见 | |  | | | | | | | | | 资格  复审  意见 | | |  | | | | |

  说明：

     1、考生必须如实填写上述内容，并需单位签署意见，如填报内容虚假，取消考试或选调资格。

     2、如有需说明的情况可另附。

|  |
| --- |
|  |