附件：

靖州县卫生健康局所属事业单位公开选调

工作人员报名表

报名序号： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 近期免冠1寸照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 学校及 专业 |  |
| 在职教育 |  | 学校及 专业 |  |
| 职称、执（职）业资格 |  | 取得时间 |  |  |
| 身份证号 |  | 婚姻状况 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 简历 |  |
| 本人奖惩情况 |  |
| 近三年考核结果 | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 单位及职务（或从事职业） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人签名 | 我郑重承诺：诚信报名、诚信考试、诚信履约，填写信息真实、准确，如有违反，自愿承担相应责任。  本人签名： 年 月 日 |
| 单位组织人事部门审核意见 |   部门负责人签名： （盖章）  年 月 日 |
| 所在单位意见 |  单位主要负责人签名： （盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |

说明：1．请按要求填写此表后双面打印。2．考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资栺。3．经审查符合报名条件，由考生现场确认，此报名表由选调单位留存。