附件2

**凉山州中西医结合医院2017年公开考试调动工作人员**

**报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月****（年龄）** | **（ 岁）** | **贴****二****寸****照****片** |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **出 生 地** |  |
| **入 党****时 间** |  | **参加工****作时间** |  | **健康状况** |  |
| **专业技术职务** |  | **专 业****特 长** |  | **婚 姻****状 况** |  |
| **文化****程度** | **全日制****教 育** |  | **毕业院校****及专业** |  |
| **在 职****教 育** |  | **毕业院校****及专业** |  |
| **现工作单位及职务** |  |
| **任现职级时间** |  |
| **身份证号码** |  | **联系电话** |  |
| **简****历** |  |
| **家庭****主要****成员****及重****要社****会关****系** | **称谓** | **姓名** | **年龄** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **何时何地受过何种奖励处分** |  |
| **近三年年度考核情况** |  |
| **工作****单位****意见** | **单位（盖章）****年 月 日** | **工作单位主管****部门****意见** | **单位（盖章）****年 月 日** |
| **组织****人社****意见** |  **单位（盖章）****年 月 日** | **凉山州中西结合医院审查意见** | **单位（盖章）****年 月 日** |

**本人承诺并签名（手写）：**

 **年 月 日**

注：1.本表电脑录入后用A4纸双面打印。2.须由工作单位、主管部门、组织或人社部门签是否同意报考，并盖章。3.承诺中应包含“非有脱贫攻坚任务的乡镇干部”内容。4.不得随意更改本表结构。