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。