附 件

2019年兵团卫生健康委机关选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 | |  | | 贴照片处 | |
| 参加工  作时间 | | |  | | 民 族 | |  | | 政治面貌 | |  | |
| 进入公务员队伍时间 | | |  | | 健康  状况 | |  | | 居民身份  证 编 号 | |  | |
| 毕业院校 | | |  | | | | | | 所学专业 | |  | | | |
| 学 历 | | |  | | | | | | 学 位 | |  | | | |
| 现工作单  位及职务 | | |  | | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 通讯地址  及 邮 编 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 简  历 |  | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
| 近三年公务员年度  考核定等情况 | | | |  | | | | | | | | | |
|
| 家庭主  要成员 | | 与报名人  关系 | | 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | | 工作单位及职务 | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |
| 报名人员是否与所报考选调机关公务员有夫妻关系、直系血亲关系、三代以内旁系血亲关系以及近姻亲关系（是/否） | | | | | | | | | | | |  | |
| 报 名  人 员  承 诺 | | 本报名表所填写的信息准确无误，并经所在单位审核，本人提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，由本人承担一切后果。  签 名:  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 所在单位  推荐审核  意见 | | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 所在单位组织人事部门审核意见 | | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 选调机关资格  审查意见 | | 审查人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | | |

注：此表由报名人员填写，经报名人员所在单位、人事部门审核盖章。