附件：

宁海县卫生健康局下属事业单位

公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 出生年月 |  | 参加工  作时间 |  |
| 政治面貌 |  | | 出生地 |  | | 民族 |  | 健康状况 |  |
| 初始学历 |  | | | 毕业院校及专业 | |  | | | |
| 在职学历 |  | | | 毕业院校及专业 | |  | | | |
| 专业技术资格及取得时间 | | | | |  | | | | |
| 现工作单位及本人联系电话 | |  | | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | |
| 本  人  简  历 | |  | | | | | | | |
| 单  位  意  见 | | 盖章  年 月 日 | | | | | | | |
| 审  核  意  见 | | 盖章  年 月 日 | | | | | | | |