附件2

会理市2023年公开考调市级医疗卫生单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 入 党时 间 |  | 参加工作时间 |  | 健 康状 况 |  |
| 熟悉专业有何专长 |  |
| 全日制教 育 | 学历学位 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在职教育 | 学历学位 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 取得的资格证类型 |  |
| 身份证号码 |  | 工作年限 |  |
| 联系电话 |  | 考调岗位 |  |
| 个人简历 | （从接受大专及以上全日制教育经历开始填写） |
| 何时何地受过何种奖励处分 |  |
| 近三年年度考核结果 |  |
| 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 | 工作单位及职务 | 是否有回避关系 |
| 丈夫或妻子 |  |  |  |  |  |
| 子女 |  |  |  |  |  |
| 父亲 |  |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |  |
| 其他重要社会关系 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 所在单位意见 | （由所在单位对表格内容严格进行审查，签署是否同意参加考调的意见，并签名加盖单位印章。例如：情况属实，同意参加考调。）（盖章）  年 月 日 |
| 主管部门意见 | （如报考者为乡镇医疗机构负责人需填写此栏） （盖章） 年 月 日 |

备注：1.考调岗位填写岗位编码；

2.考生要在报名表正面右上角签“报名表所填信息属实”和本人姓名，A4纸双面打印。