附件2

**2020年永泰县总医院医务人员调配考试信息表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 民族 |  | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 人员身份 |  |
| 学历（何时何校何专业毕业） |  | 最高学历（何时何校何专业毕业） |  |
| 是否具备相关专业执业资格 |  | 健康状况 |  | |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  | |
| 工作单位 |  | 在本单位工作年限： 年 | | |
| 职务 |  | 职 称 |  | |
| 入伍时间 |  | 其中在我县基层医疗机构工作年限： 年 | | |
| 申报单位 |  | 申报岗位 |  | |
| 工作简历  （附证明材料） |  | | | |
| 年度考核情况  （附证明材料） |  | | | |
| 奖惩情况  （附证明材料） |  | | | |
| 个人承诺 | 本人确定以上所填信息真实、准确。如有不实导致被取消录用资格，本人愿负全责。    本人签名：  年 月 日 | | | |
| 基层医院  意见 | 情况属实，同意报考。    主要负责人签名： 单位盖章  2020年 月 日 | | | |
| 总医院审核意见 | 符合报考条件 □ 不符合报考条件 □  审核人签名： 单位盖章  2020年 月 日 | | | |
| 卫生健康局审核意见 | 审核人签名： 单位盖章  2020年 月 日 | | | |
| 人力资源和社会保障局审核意见 | 审核人签名： 单位盖章  2020年 月 日 | | | |