附件2

遂宁市河东新区公开考调医疗卫生相关专业人才报名信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | | |  | | | | 贴  照  片  处 | |
| 出生地 |  | 民族 |  | | 政治面貌 | | |  | | | |
| 全日制学历 |  | | | | 毕业院校及专业 | | |  | | | |
| 最高学历 |  | | | | 毕业院校及专业 | | |  | | | |
| 籍贯 |  | | | | 健康状况 | | |  | | | | 是否在编 |  |
| 工作单位及职务 | |  | | | | | 参加工作（取得编制）时间 | | | |  | | |
| 家庭详细地址 | |  | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | 电子邮箱 | | | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | 执业资格证 | | | |  | | |
| 主要学习工作简历 | | （注：请从大学开始填写，学习期间注明院系、专业及入学和毕业时间；工作经历填写内容包括任教单位、时间、职务、学科并字体加粗） | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | | （注：填写符合报考岗位要求的荣誉，注明名称、授予单位、时间） | | | | | | | | | | | |
| 报考岗位 |  | | | 是否服从分配 | | | | | |  | | | |
| 家庭  主要  成员 | 姓 名 | 关系  （称呼） | | 出生年月 | | 政治  面貌 | | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | |
| 报名人员承诺 | 本人已经认真阅读考调公告，此表所填写的内容真实、准确；报名时提供的《毕业证》、《执业医师资格证》等证件、相关资格证明材料等均真实有效；如有弄虚作假等行为，本人自愿接受相关处理，由此所造成的一切后果由本人承担；在考试中，本人一定遵纪守法、诚实应考、不作弊、不违纪，并郑重承诺工作5年内不主动申请调出河东新区外。  报名人员（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 所在  单位  意见 | （单位签章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 人事权限主管部门意见 | （按人事管理权限，由主管部门或人事部门签署是否同意参加考调的意见。）  （单位签章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 新区考调部门资格审查意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | | | |