**望江县卫健委直属事业单位公开选调**

**工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴近期2寸  正面免冠彩色相片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入党  时间 |  | 健康状况 |  | 参加工作 时间 |  |
| 身份证号码 | |  | | | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教 育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | |
| 在 职  教 育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | |
| 编制 性质 |  | | | 联 系  方 式 | 手机号码： | |
| 工作单位及职务 | |  | | | | |
| 工作简历 |  | | | | | |
| 奖 惩  情 况 |  | | | | | |
| 近三年年度考核情况 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家 庭  主 要  成 员 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治  面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 诚 信  承 诺 | 本人上述所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实有效，若有虚假和隐瞒，责任自负。      报考人签名：  年 月 日 | | | | |
| 所在单位意见 | (盖章)  年 月 日 | | | | |
| 卫健委审核意见 | (盖章)  年 月 日 | | | | |
| 备 注 |  | | | | |