附件1：

攸县卫生健康事务中心选调工作人员报名表

|  |
| --- |
| 报名序号： |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 相片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |  |
| 现工作单位 |  |
| 参加工作　时间 |  | 职称或　职级 |  | 婚姻　状况 |  |  |
| 身份证号 |  |  |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| 简历及相关工作经历 |  |
| 工作单位意 见 | 　　单位负责人签名：　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 报考人员承诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合报考岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和选调资格。****报考人签名：****年 月 日** | 资格审查意见 | **经初步审查，符合报考资格条件。****审查人签名：** **年 月 日** |