眉山市卫生健康委下属事业单位2024年公开选调

事业人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 （ 岁） |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | | | 专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  | |
| 工作单位及岗位等级 |  | | | 最低服务年限 | (x年已满) | |
| 报考单位及岗位 |  | | | 岗位代码 |  | |
| 简历 |  | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | （填写父母、配偶及子女等有关情况） | | | | | |
| 近三年年度考核情况 |  | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | |
| 所在单位主管部门意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | 组织或人社部门意见 | （单位盖章）  年 月 日 | |
| 本人承诺 | 上述填写内容真实完整。如有不实，责任自负。（签名） | | | | | |