附件4

大余县卫健系统2023年公开选调

专业技术人员报名表

报考单位： 报考岗位名称： 2023年8月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 | |  | | | | 出 生  年 月 | |  | | | 一  寸  彩  色  照  片 |
| 民 族 |  | | | | 籍 贯 | |  | | | | 出生地 | |  | | |
| 参加工  作时间 |  | | | | 政治  面貌 | |  | | | | 健 康  状 况 | |  | | |
| 个人  身份 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | |
| 现工作单位及职务 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 职称及任职时间 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 工  作  简  历 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 近3年年度考核情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 | | （复印件附后） | | | | | | | | | | | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员  及  主  要  社  会  关  系 | | 称谓 | 姓名 | | | 出生年月 | | | | 政治面貌 | | | 工作单位及职务 | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 填写配偶、子女、父母、岳父母（公公、婆婆）以及县处级及以上亲属信息，如填写不下，可自行加行。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人  承诺 | | 本人保证所填内容真实准确，如有虚假，取消选调资格。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位、主管部门、人社部门意见  （加盖公章） | | 单位意见 | | | | | | 主管部门意见 | | | | | | | 人社部门意见 | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | |

注：报名表需双面打印，加行较多导致多页的请自行装订好页面，避免错漏。