丰都县卫生健康系统

考调事业单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠登记彩色照片（1寸） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入编工作时间 |  | 现单位工作时间 |  | 专 业 |  |
| 专 技职 务 |  | 联系方式 | 固定电话： |
| 特长及优缺点 |  | 移动电话： |
| 学 历学 位 | 全日制教育学历（学位） |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育学历（学位） |  | 毕业院校及专业 |  |
| 工作单位及现任职务（级别） |  |
| 简历 |  |
| 奖惩情况、发表作品情况 |  |
| 近五年年度考核情况 | 2014年 2015年 2016年 2017年 2018年 |
| 家庭情况（父母、配偶和子女） | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作（学习）单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 考调区域工作学习意见 | 该同志于 年 月 日至 年 月 日在我单位工作学习属实领导签字： （单位盖章）年 月 日 年 月 日 |
| 拟调出单位意 见 | 领导签字： （单位盖章）年 月 日 年 月 日 |
| 县卫生健康委意 见 | 纪检监察组织审查人员签字：  | 医政医管科审查人员签字： |
| 资 格审查意见 | 符合报名条件，同意报考。（单位盖章）资格审查人员签字： 年 月 日 |

填表说明：本表格双面打印；“联系电话”栏，需同时填写固定电话及移动手机号码。