开化县卫计系统公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 参加工作时    间 |  | 一寸彩色免冠照片 |
| 学历 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 职    称 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 从事专业 |  |
| 正式分配时间 |  | 从事本专业工作年限 |  |
| 身 份 证 号码  |  | 联系电话 |  |
| 报  考  岗  位 |  |
| 个    人简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 单位意见 | 单位负责人签名：                                   单位盖章：                                                               年    月     日 |
| 资格审查意见 | 审核人签名：                    年     月 日    |