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 | | | | | | | | | |