**附表3**

**2017年陆良县人民医院**

**公开选调工作人员报名登记表**

报考岗位名称： 报名序号（工作人员填写）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | | | 出生日期 | | |  | | 照片 | | | |
| 民 族 |  | | | | 籍 贯 |  | | | | 出 生 地 | | |  | |
| 政治面貌 |  | | | | 参工时间 |  | | | | 健康状况 | | |  | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | | | | | 任现职  时 间 | | |  | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教 育 | | |  | | | 毕业院校系及专业 | | |  | | | | | | | | |
| 在 职  教 育 | | |  | | |  | | | | | | | | |
| 报考单位 |  | | | | | | 报考岗位 | | |  | | | | 是否符合岗位所需条件 | | |  | |
| 联系地址 |  | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | 身份证号码 | | |  | | | | | | | |
| 主要  学习  培训  工作  简历 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现工作单位及主管部门同意报考意见 | | 经审核，该同志所填情况属实，同意报考。  审查人：    年 月 日  （单位盖章） | | | | | | | 选调单位及主管部门意见 | | | 符合选调条件，同意报考。  资格审查人签字：    年 月 日  （单位盖章） | | | | | | |
| 考生承诺及签名 | | | 本人承诺：真实、准确、完整地提供本人相关证明材料；不弄虚作假，不伪造不使用假证明、假照片、假证书；保证符合招考公告及招考计划中要求的资格条件。对违反以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应责任。  考生签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |