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。