附件:

县人民医院公开遴选工作人员报名推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 入党时间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 现工作单位 |  | 基层工作年 限 |  |
| 职务或专业技术资格 |  |
| 身 份 证号 码 |  | 联系方式 | 手机号码:办公电话: |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 进编年月 |  | 是否公开招聘进编 |  |
| 报考单位 |  | 岗位名称 |  |
| 工作简历（含学习经历） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 考核结果近三年年度 |   |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年龄 | 政治面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 推荐单位意见 | 单位负责人（手写签名）： (公章) 年 月 日 |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合遴选公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃遴选资格并承担相应责任。 报考承诺人（手写签名）： 年 月 日 |

备注：1、简历从大、中专院校学习时填起。2、栏目中无相关内容的填“无”。

3、A4正反打印。