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。