附件2

2021年株洲市渌口区卫健系统公开选调

基层卫生院全额拨款事业编制工作人员

报名登记表

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名  |  | 性别  |  | 出生年月（ 岁）  |   | 照 片  |
| 民族  |  | 籍贯  |  | 出生地  |   |
| 政治面貌  |  | 参加工作时间  |  | 健康 状况  |  |
| 学历 学位  | 全日制 教 育  |  | 毕业院校 及专业  |  |
| 在 职 教 育  |  |  |
| 现工作单位、职务及职称  |  |
| 入编时间 |   |
| 报名岗位 |  |
| 身份证号码 |  | 手机  |  |
| 工 作 简 历 |  |
| 主要工作业绩及奖惩情况 |  |
| 本人意见 |  本人承诺以上信息均真实有效，无任何虚假内容，否则，自愿随时取消选调资格。 签字： 年 月 日 |
| 所在单位意见 | 以上信息已核实无误，同意推荐报考。 单位主要负责人签名： 盖 章：  年 月 日 |
| 资格审查意见 |   （盖章）  年 月 日  |
| 备注  |  |