附件

安化县卫健局“两新”组织党建工作指导员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 入党时间 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  |
| 学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 参加工作时间 |  | 联系方式 |  |
| 现居地址 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 报名人声明 | 本人填写的上述信息，以及提供的相关资料真实、准确，若有不实，本人愿承担一切责任。特此承诺。报名人签名：年 月 日 |
| 报名及资格审查意见 | 审查人签名： 年 月 日 |
| 笔试成绩 | 计分：阅卷人签名： 年 月 日 |
| 面试成绩 | 计分：主考官签名： 年 月 日 |
| 综合成绩 | 计分：统分人签名： 年 月 日 |
| 考察情况 | 考察组长签名： 年 月 日 |
| 体检情况 | 体检中心负责人签名： 年 月 日 |
| 聘用意见 | 分管领导签名： 年 月 日 |