|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 绥化市卫生健康委员会公开选调参公管理工作人员报名登记表 | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | 出生年月 |  |  |
| 民族 |  | | | 籍贯 |  | | 出 生 地 |  |
| 入党时间 |  | | | 参加工作 时间 |  | | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | | |
| 学历学位 | 全日制  教育 | | 学历 | |  | | 毕业院校 系及专业 |  | |
| 学位 | |  | |
| 在职  教育 | | 学历 | |  | | 毕业院校 系及专业 |  | |
| 学位 | | |  |
| 工作单位  及岗位 |  | | | | | | 现任  职务职级 |  | |
| 何时何种方式取得公务员身份 |  | | | | | | | | |
| 联系方式 | 手机1 |  | | | | | | | |
| 手机2 |  | | | | | | | |
| 工作简历 |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖惩 情况 |  | | | | |
| 历年年度考  核结果是否为称职以上 |  | | | | |
| 家庭主要 成员情况  （需填写本人兄弟姐妹情况） | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 所在单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 绥化市卫健委资格审查意见 | （公章） 年 月 日 | | | | |
| 注：此表需正反面打印。 | | | | | |