附件：

德兴市卫健系统“天使计划”报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 近期免冠照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 参加工作时间 |  | 婚否 |  | 政治面貌 |  |
| 结婚登记时间 |  | 健康状况 |  | 手机号码 |  |
| 身份证号 |  | 电子邮箱 |  |
| 现工作单位 |  | 现任职务 |  | 现有卫生专业技术资格 |  |
| 现工作单位性质 |  | 进入现单位方式 |  | 是否在录用或任职试用期 |  |
| 何时以何种方式进入事业队伍 |  | 专业技术职称（取得时间） |  |
| 近二年年度考核结果 | （ 年度） |  | （ 年度） |  |
| 家庭住址 |  |
| 全日制教育 | 学历学位 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在职教育 | 学历学位 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 申请调入单位 | 第一意愿 | 第二意愿 | 是否服从安排 |
|  |  | 是□ 否□ |
| 简历 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报名人承诺签名 |  本人承诺上述信息填写真实、有效，符合德兴市天使计划报名条件。如有不实，本人愿意承担由于报名信息不实所引起的后果。 报名人： 年 月 日 |
| 调出单位及卫生健康主管部门初核意见 |  年 月 日 |   年 月 日 |