附件2

**湄潭县妇幼保健院2024年公开选调工作人员**

**报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 ( 岁 ) |  | (照片) |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 健康状况 |  |
| 入 党 时间 |  | 参加工 作时间 |  | 工作年限 |  |
| 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 |  |
| 本人身份(公务员<参公人 员>、事业人员) |  | 手 机 |  |
| 身份证号码(18位) |  | 是 否 有 需 回 避 情形 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 报考岗位 |  |
| 简 历 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 奖惩情况(奖励填县级及以上奖励 ) |  |
| 近三年 年度考核结果 |  |
| 主要家庭成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人 承诺 | 此表填写的个人信息全部真实有效。因填写虚假信息产生的一切后果均 由本人承担。本人签名： |
| 所在单 位意见 | 盖章：年 月 日 |
| 主管部门意见 | 盖章：年 月 日 |