附件2：

**吉水县2022年选调县外吉水籍卫生专技人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 出 生  年 月 | | |  | | 照 片 |
| 籍 贯 |  | | 民族 |  | | 政 治  面 貌 | | |  | |
| 身份证  号 码 |  | | | | | 参加工  作时间 | | |  | |
| 执业资格 |  | | | | | 专业技术资格 | | |  | | |
| 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 |  | |
| 何时何种方式进入事业单位 | | | |  | | | | | | | |
| 通信地址  及 邮 编 |  | | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | | | 进入现工作单位时间及方式 | |  | |
| 报考单位  及职位 |  | | | | | | | 职位代码 | |  | |
| 学习及工作简历 |  | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | |
| 近三年  考核情况 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  及主  要社  会关  系 | 称 谓 | 姓 名 | | | 年龄 | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | |
| 个人承诺 | 1、上述填写内容和提供的相关依据真实、有效，符合岗位所需的报考条件。如有不实，本人自愿放弃调入资格。  2、本人已熟知调动对职称的影响，自愿报名及承担相关后果。  报名人签名（手写）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 所在  单位  意见 | 该同志为我单位在编在岗的工作人员，参加工作2周年以上，参加工作以来年度考核均为合格或优秀等次，没有发现违纪违法行为。  同意报考。  　 （盖章）  年   月   日 | | | | | | | | | | |
| 主管  部门  意见 | 该同志所在单位属县（市、区）直单位且地处城区，且该同志在该单位在编在岗满一年。**(乡镇单位人员请删除本句)。**  同意报考。  （盖章）  年   月   日 | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）人社局意见 | 同意报考。  （盖章）  年   月   日 | | | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | 审查人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |

此表一式2份。