附件1

灵璧县2023年公开引进县外在编在岗卫生专业技术人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （近期2寸电子版免冠照片） |
| 民 族 |  | 籍贯 |  | 身份证号 |  |
| 参加工作时 间 |  | 政治面貌 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位及职务（称） |  | 健康状况 |  |
| 全日制教育 | 毕业院校及专业 |  | 全日制学历学位 |  |
| 在职教育 | 毕业院校及专业 |  | 在职学历学位 |  |
| 身份性质（经费类型） |  | 卫生专业技术资格（专业） |  | 卫生专业技术资格（级别） |  |
| 学习工作简 历（从高中填起） |  |
| 奖惩情况（奖励为县区级以上） |  |
| 近三年年度考核结果 |  |
| 家庭主要成员以及重要社会关 系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 籍贯或常住户口 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **调出单位****意见** | **调出单位主管部门****意见** | **调出地编制****部门意见** | **调出地组织（人社）部门意见** |
|  （盖章） 年 月 日 |  （盖章） 年 月 日 |  （盖章） 年 月 日 |  （盖章） 年 月 日 |
| **调入单位****意见** | **调入单位主管部门****意见** | **调入地编制****部门意见** | **调入地组织（人社）部门意见** |
|  （盖章） 年 月 日 |  （盖章） 年 月 日 |  （盖章） 年 月 日 |  （盖章） 年 月 日 |
| 个人承诺我已认真阅读《灵璧县2023年公开引进县外在编在岗卫生专业技术人才公告》。现郑重承诺：本人自觉遵守灵璧县卫健人才引进各项规定，诚实守信，所提供信息、材料等真实准确。对因提供不实信息或材料所造成的后果，本人将自动放弃报名和引进资格，自愿承担相应责任。 本人签字： 年 月 日 |

 备注：经费类型分为全额拨款事业单位，差额补助事业单位，经费自理事业单位。