附件:

吉州区公开选调卫生专业技术人员报名表

报考岗位： 填表日期 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 出生年月 | | |  | | | | （贴照片） |
| 籍贯 | |  | | | 民族 | |  | | 婚姻状况 | | |  | | | |
| 文化程度 | |  | | | 健康  状况 | |  | | 政治面貌 | | |  | | 参加工作时间 |  |
| 户籍所在地 | |  | | | 身份证  号码 | |  | | | | | | | | |
| 学  历  学  位 | 全日制教育 | | |  | | 毕业院校  及专业 | |  | | | | | | | 毕业时间 |  |
| 在职教育 | | |  | | 毕业院校  及专业 | |  | | | | | | | 毕业时间 |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | | 专业技术职务及聘任时间 | |  | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | 行政职务及任职时间 | |  | | | | 联系电话 |  |
| 个人简历  （从读高中开始填写） | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位及主管部门意见 | | （盖 章） 年 月 日 | | | | | | | | 同级人社部门意见 | | | （盖 章） 年 月 日 | | | |
| 诚 信 承 诺 书  我已仔细阅读《吉州区2024年面向区外公开选调卫生专业技术人员公告》，理解其内容，符合报名条件。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、资料、报名表所填内容等均真实、准确、有效，并自觉遵守选调工作的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员义务。对因提供有关信息不实，不符合政策规定，或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担一切责任。  承诺人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | | 审核人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |