附件2

2024年盱眙县医学会工作人员择优比选报名表

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生  年 月 |  | **（2寸蓝底电子照片）** |
| 参加  工作时间 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 进编后工作  时间（年） |  | 政 治  面 貌 |  | 民 族 |  |
| 身 份  性 质 | 全额拨款事业 | 健 康  状 况 |  | 手 机  号 码 |  |
| 专业技术资格证书 | | | |  | | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教 育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | |
| 在 职  教 育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | |
| 现工作单位  及职务 |  | | | | | |
| 近3年年度  考核情况 |  | | | | | |
| 工作和学习  简历情况 | （自大学经历起填写）  19XX.XX—20XX.XX XXXX学校XX院系XX专业学习  20XX.XX—20XX.XX XXXX单位XXX职务  ……  20XX.XX— XXXX单位XXX职务 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 近3年培训  和学习情况 | |  | | | | | |
| 个人奖惩情况  （奖励为本级主管部门以上表彰） | |  | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | 称谓 | | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| 本 人  承 诺 | 本人对以上信息真实性负责，不提供虚假材料，同时不存在《通知》规定的不得参加比选的相关情形，与报考单位不构成回避关系。如有弄虚作假，本人自愿承担相关后果。  承诺人（签字）：  年 月 日 | | | | | |
| 主管部门意见 | 同 意  （主管部门盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |