雅安市保健服务中心2024年公开选调事业单位工作人员报名审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** | |  | **出生**  **年月** | |  | **照 片** | |
| **民族** |  | **籍贯** | |  | **政治**  **面貌** | |  |
| **入党**  **时间** |  | **参加工作时间** | |  | **健康**  **状况** | |  |
| **身份** |  | | | **进入事业单位时间** |  | | | | |
| **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** |  | | | | |
| **身份证号  码** |  | | | **现工作单位及职务** |  | | | | |
| **事业人员现聘岗位类别** | | |  | **岗位等级** |  | | | | |
| **报考单位（职位编码）** | | |  | | | | | | |
| **通信地址**  **及 邮 箱** | | |  | | | **联系电话** | | |  |
| **个**    **人**    **简**    **历** |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **近三年奖 惩**  **情 况** |  | | | | | |
| **近三年年度考核情况** |  | | | | | |
| **家庭**  **主要**  **成员**  **及主**  **要社**  **会关**  **系** | **称谓** | **姓名** | **年龄** | **政治**  **面貌** | **是否有**  **回避关系** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **所在单位意见** | （盖章）                                        年   月    日 | | | | | |
| **所在县(区)**  **组织（人社）部门或市级主管部门意见** | （盖章）                                        年   月    日 | | | | | |
| **用人单位及主管部门审核**  **意见** | （盖章）                                        年    月    日 | | | | | |
| **备注** |  | | | | | |

**注：**“意见”栏，按干部管理权限，由所在单位和主管部门对表格内容进行审查，签署是否同意参加遴选（选调）的意见，并加盖印章。