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。