附件2

2024年公开选调东台市医共体运营发展中心工作人员报名表

**报考单位及职位（岗位）代码：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | | 出 生  年 月 | | | | |  | 照  片 |
| 民 族 | |  | | | 籍 贯 | |  | | 出生地 | | | | |  |
| 入 党  时 间 | |  | | | 参加工  作时间 | |  | | 人 员  性 质 | | | | |  |
| 专业技  术职称 | |  | | | 熟悉专业有何专长 | |  | | | | | | | |
| 身份证  号码 | |  | | | | | | | | 联系  电话 | | |  | | |
| 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 | | | |  | | | |
| 现工作单位及职务职级（岗位等级） | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 简  历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 近三年年度考核结果 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  及  重要  社会  关系 | 称 谓 | | 姓 名 | | | 年 龄 | | 政治  面貌 | | | 工作单位及职务 | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | |  | | | | |
| 家庭  住址 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名  承诺 | **本人承诺：①以上所填信息及提供的材料均真实有效；②自愿参加公开选聘，无正当理由不放弃参加综合测试，不放弃选聘资格。以上承诺如有违反，责任自负。**  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位  意见 | **同意参加事业单位公开选聘。**  （盖 章）  主要负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格  初审  意见 | **初审结论：**  审核人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格  复审  意见 | **复审结论：**  审核人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |