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 |