附件： 凉山州卫生健康委员会

2021年公开考调凉山州公共卫生信息中心工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月****（ 岁）** |  | **贴****照****片****（1寸蓝底）** |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **出 生 地** |  |
| **入 党****时 间** |  | **参加工****作时间** |  | **健康状况** |  |
| **专业技术职务** |  | **档案****身份** |  | **婚 姻****状 况** |  |
| **全日制****教 育** | **学历****学位** |  | **毕业院校****及专业** |  |
| **在 职****教 育** | **学历****学位** |  | **毕业院校****及专业** |  |
| **现工作单位及职务、岗位等级** |  |
| **任现职级时间** |  |
| **身份证号码** |  | **联系电话** |  |
| **个****人****简****历** | （从高中开始，不间断。请填写起止时间、单位（学校）、职务（学历）、证明人。此外，请对岗位一览表中“其他要求”中对工作经历的要求进行详细填写） |
| **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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **何时何地受过何种奖励处分** |  |
| **参加工作以来年度考核情况** |  |
|  **工作****单位****意见** | **单位（盖章）****年 月 日** | **工作****单位****主管****部门****意见** | **单位（盖章）****年 月 日** |
| **组织****人社****部门****意见** | **单位（盖章）****年 月 日** | **考调单位审核意见** | **单位（盖章）****年 月 日** |
| **凉山州卫生健康委员会审查意见** | **单位（盖章）****年 月 日** |

本人承诺并签名(手写)：

**注：1.本表电脑录入后用A4纸双面打印。**

**2. 须由所在工作单位、主管部门、县组织或人社部门签署是否同意报考意见，同时写明最低服务年限期满时间，并盖章（未写明最低服务年限期满时间的报名表视为无效）。**

**3.不得随意更改本表结构。**