附件2

南方医科大学第五附属医院科级领导岗位选调报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 籍 贯 |  |
| 出生年月 |  | 参加工作时间 |  | 政治面貌 |  | 现是否担任研究生导师 |  |
| 现有专业技术资格 |  | 现有专业技术资格取得时间 |  | 现聘专业技术职务 |  | 现聘专业技术职务起聘时间 |  |
| 何时毕业于何院校何专业 | 全日制教育 |  | 学位 |  |
| 在职教育 |  | 学位 |  |
| 工作单位、管理岗级别职务及任职时间 |  |
| 报名岗位 |  | 联系方式（手机号码） |  |
| 主要学习、工作经历 |  年 月 至 年 月 | 在何处从事何事（从高中毕业写起） | 任 何 职 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 受过奖励或处分何时何地因何原因 | 何时 | 何地 | 何原因受过何奖励或处分 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 年度考核 | 近三年年度考核结果： |
| 主要特长及选岗理由 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓 名 | 称谓 | 出生年月 | 单位及职务 | 政治面貌 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | 以上所有信息均属实，如有与实际不符，本人自愿放弃任职资格，并接受相关处理。签 名：年 月 日 |
| 所在单位意见：* 同意 □不同意

所在单位主要领导签名： （注：学校机关部门须部门主要领导签名，加盖部门公章；附属医院及二级学院须党委书记签名，加盖单位党委公章）（盖章） 年 月 日 |
| 审核意见：（盖章） 年 月 日 |

说明：请按表格内容如实填写，文字清楚、规范，没有内容的可写“无”。