附件5

邵阳市卫生健康委员会所属单位公开选调人员报名表

|  |
| --- |
| 选调岗位代码及岗位：  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 职称 |  | 取得时间 |  |
| 参加工作时间 |  | 乡镇卫生院工作年限 |  |
| 户 籍所在地 |  | 婚姻状况 |  | 档案保管单位 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 应聘人员承诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。****应聘人签名： 年 月 日** |
| 工作单位意见 | **年 月 日** | 主管部门意见 | **年 月 日** |
| 资格初审意见 | **经审查，符合选调资格条件。****审查人签名： 选调单位（章）****年 月 日** | 资格复审意见 | **经审查，符合选调资格条件。****审查人签名： 复审单位（章）****年 月 日** |

说明：1.考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资格。2.经审查符合报名条件，由考生现场确认，此报名表由选调单位留存。3.考生需准备1寸彩色照片两张。