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。