附件1

灵璧县2023年公开引进县外在编在岗卫生专业技术人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 | | |  | | | 出生年月 | |  | | | （近期2寸电子版免冠照片） | |
| 民 族 |  | | | 籍贯 | | |  | | | 身份证号 | |  | | |
| 参加工作时 间 |  | | | 政治面貌 | | |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 工作单位  及职务（称） |  | | | | | | | | | 健康状况 | |  | | |
| 全日制  教育 | 毕业院校及专业 | | |  | | | | | | | | 全日制  学历学位 | | |  | |
| 在职教育 | 毕业院校及专业 | | |  | | | | | | | | 在职  学历学位 | | |  | |
| 身份性质（经费类型） |  | | | | 卫生专业技术资格（专业） | | | |  | | | | 卫生专业技术资格（级别） | | |  |
| 学习工作  简 历  （从高中填起） |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况  （奖励为县区级以上） |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 近三年年度考核结果 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员以及重要社会  关 系 | 称谓 | 姓名 | | | | 出生  年月 | | 政治  面貌 | | 籍贯或  常住户口 | 工作单位及职务 | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | | | | | |
| **调出单位**  **意见** | | | **调出单位主管部门**  **意见** | | | | | | | **调出地编制**  **部门意见** | | | | **调出地组织（人社）部门意见** | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | | （盖章）  年 月 日 | | |
| **调入单位**  **意见** | | | **调入单位主管部门**  **意见** | | | | | | | **调入地编制**  **部门意见** | | | | **调入地组织（人社）部门意见** | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | | （盖章）  年 月 日 | | |
| 个人承诺  我已认真阅读《灵璧县2023年公开引进县外在编在岗卫生专业技术人才公告》。现郑重承诺：本人自觉遵守灵璧县卫健人才引进各项规定，诚实守信，所提供信息、材料等真实准确。对因提供不实信息或材料所造成的后果，本人将自动放弃报名和引进资格，自愿承担相应责任。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

备注：经费类型分为全额拨款事业单位，差额补助事业单位，经费自理事业单位。