附 件

2019年兵团卫生健康委机关选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 参加工作时间 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 进入公务员队伍时间 |  | 健康状况 |  | 居民身份证 编 号 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学   历 |  | 学 位 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址及 邮 编 |  |
| 简历 |  |
|
|
|
|
|
|
|
| 近三年公务员年度考核定等情况 |  |  |
|  |
| 家庭主要成员 | 与报名人关系 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 工作单位及职务 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 报名人员是否与所报考选调机关公务员有夫妻关系、直系血亲关系、三代以内旁系血亲关系以及近姻亲关系（是/否） |  |  |
| 报 名人  员承 诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，并经所在单位审核，本人提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，由本人承担一切后果。                              签 名:年   月   日                                                                           |  |
| 所在单位推荐审核意见 |    （盖 章）                                    年   月   日                                                                                 |  |
| 所在单位组织人事部门审核意见 | （盖 章）                                    年   月   日 |  |
| 选调机关资格审查意见 | 审查人（签名）：                                    年   月   日 |  |
| 备注 |  |  |

注：此表由报名人员填写，经报名人员所在单位、人事部门审核盖章。