附件4

**黔江区2024年度公开选调卫生事业单位工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 政治面貌 |  | 参加工作时 间 |  | 籍贯 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 现工作单位 |  | 现聘岗位 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  | 联系电话 |  |
| 个 人简 历 |  |
| 近5年年度考核等次 |  |
| 何时何地受过何种奖惩 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 出 生年 月 | 政 治面 貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 填写信息属实承诺 | 本人系区内乡镇卫生院正式在编在职工作人员，20XX年X月入职在编，现参加2024年度黔江区卫生事业单位公开选调考试，并作出如下承诺：（一）已符合公告要求的工作年限；（二）已认真阅读并理解本次选调公告，将按公告规定诚信应聘并对所提供材料的真实有效性负责，愿意承担因不实带来的负面后果。  （签字） 年 月 日 |
| 所在单位意见 | 该同志已在区内乡镇卫生院在编在职工作2年以上；我单位将配合做好人事档案审查及其他相关手续办理。所在单位负责人签字（盖章）：    年 月 日 年 月 日 |
| 主管部门审查情况 | 该同志于 年 月入职在编，符合公告要求的服务期限。 审查人签字： 年 月 日 |
| 现场资格 审查意见 |  |

此表双面打印。