附件3：

**泰顺县卫生健康事业单位公开选调工作人员报名表**

报名序号： 报考岗位代码： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 |  | | 出生  年月 |  | | 民族 | |  | 照片 |
| 籍贯 | |  | | | 政治面貌 | |  | | | 参加工作时间 | |  | |
| 学历 | 全日制 | | |  | | | 毕业院校  及 专 业 | | 全日制 | |  | | | |
| 在 职 | | |  | | | 在 职 | |  | | | |
| 身体状况 | | | |  | | | 婚姻状况 | |  | | 联系电话 | | |  |
| 职称 | | | | |  | | | | | | | | 任职  时间 |  |
| 职务 | | | | |  | | | | | | | | 任职  时间 |  |
| 简历 | | | （从工作时间开始写起） | | | | | | | | | | | |
| 家庭  成员  情况 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 获奖  情况 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿意承担一切责任。  申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在  单位  意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 医共体总院负责人意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备注 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

注：正反面打印