附件2：

丽江市妇女儿童医院2021年度公开选调急需

紧缺专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | | 彩色 免冠近照 |
| 民族 |  | 籍贯 | |  | | 婚否 | |  | | |
| 政治面貌 |  | 参加工  作时间 | |  | | 身体状况 | |  | | |
| 身份证 号 码 |  | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 现单位名称 | |  | | | 现单位性质 | | | | |  | |
| 个人身份  （是否为事业专业技术编制） | |  | | | 现任职务及岗位等级 | | | | |  | |
| 学习  经历  （自高中起填写） | 学校名称 | | 起止时间 | | | | 专业 | | 学历学位 | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
| 工作  简历 | 工作单位 | | 起止时间 | | | | 所在部门及岗位 | | 备注 | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
| 是否符合报考职位所要求的相关资格条件 | | | | | | | | 是□ 否□ | | | |
| 是否存在需要回避的情形 | | | | | | | | 有□ 无□ | | | |
| 本人承诺 | | 为维护公开选调工作的严肃性，我郑重承诺：  在选调过程中严格遵守国家、省级人事部门有关政策规定，遵守选调纪律，并保证所提供资料的真实性，若存在弄虚作假行为，自报名之日起至聘用期间的任何时刻均可被选调单位取消报考或聘用资格；若因信息填写错误、缺失等原因造成的一切后果，由本人承担。  报名人员签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 选调  单位  审核  意见 | 初审人员签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 复审人员签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 注：报名表统一用A4纸双面打印。 | | | | | | | | | | | |