附件3

**瑞金市城市社区卫生服务中心公开选调工作人员报名表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 报考岗位 |  | 照片 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | 政治面貌 |  |
| 联系电话 |  | 健康状况 |  |
| 全日制学历及专业 |  | 在职学历及专业 |  |
| 参加工作时间 |  | 入事业编制时间 |  |
| 医师执业资格类别 |  | 职 称 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 近3年年度考核情况 |  |
| 工作简历 |  |
| 诚信报考 | 本人承诺，对以上填写内容真实性负责，若有虚假，自行取消本次选调资格。本人签字： 20 年 月 日 |
| 工作单位意见 | 主管部门意见 |
| 年 月 日 | 年 月 日 |