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 | | |