附件1

会昌县2025年公开选调乡镇敬老院院长报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | | 出生年月  （ 岁） | |  | （贴照  片处） |
| 户籍  所在地 |  | | 民族 |  | | | 政治面貌 | |  |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 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 |  | | | | | 单位职务  （职级） | |  | | |
| 报名方式  （乡镇推荐或自主报名） |  | | | | | | | | | |
| 选调岗位 |  | | | | | | | | | |
| 主要  学习  及  工作  简历 |  | | | | | | | | | |
| 奖惩及  年度考核情况 |  | | | | | | | | | |
| 工作年满五年证明 | 兹证明，该同志在事业单位工作 年。  （工作单位盖章） （主管部门盖章）    年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 选调人员签名 | 本人保证上述情况及所填信息真实无误，因填写有误或不实而造成的后果，均由本人负责。  选调人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 所在单位及其主管部门意见 | （盖章） （盖章）  联系人： 联系人：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 资格审查意见 | 审查人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | |

附件2

会昌县2025年公开选调乡镇敬老院院长

岗位分配表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **养老机构名称** | **公开选调人数** | **岗位名称** | **备注** |
| 1 | 会昌县乡镇敬老院 | 6 | 院长 | 具体乡镇由县民政局统筹安排 |