附件2

雅安市卫生健康委员会

2025年公开遴选公务员（参公人员）报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出 生****年 月** |  | **照 片** |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **出生地** |  |
| **入 党****时 间** |  | **参加工作时间** |  | **健康****状况** |  |
| **身份** |  | **进入机关、参照管理单位时间** |  |
| **全日制教 育** | **学历****学位** |  | **毕业院校系及专业** |  |
| **在 职****教 育** | **学历****学位** |  | **毕业院校系及专业** |  |
| **身份证号 码** |  | **现工作单位****及职务** |  |
| **报考单位（职位编码）** |  |
| **通信地址****及 邮 箱** |  | **联系电话** |  |
| **个****人****简****历** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **所受奖 惩情况** |  |
| **年度考核情况** |  |
| **家庭****主要****成员****及主****要社****会关系** | **称谓** | **姓名** | **年龄** | **政治****面貌** | **是否有****回避关系** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **所在单位及主管部门意见** | （盖章） 年 月 日 |
| **所在****县(区)****组织部门意见** | （盖章） 年 月 日 |
| **遴选****（考调）单位及主管部门审核意见** | （盖章） 年 月 日 |
| **备注** |  |

**注：**“意见”栏，按干部管理权限，由相关单位和主管部门对表格内容进行审查，签署是否同意参加遴选的意见，并加盖印章。