附件 2：

2025年汨罗市卫健系统各市直医疗机构公开选调

专业技术人员报名登记表

报名单位**：** 报考职位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 一寸免冠电子照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 |  | 健 康状 况 |  | 进入现单位时间 |  |
| 汨罗入编形式 | 公开招聘□ 委培□ 毕业分配□ 其他政策性安置□ | 入编时间 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 专业技术职务 |  | 专业技术岗位任职时间 |  |
| 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 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 奖惩及近三年年度考核情况 |  |
| 学习工作简历（从高中起填写） |  |
| 与选调岗位相关的实践经历或取得的成绩 |  |
| 家庭主要成员以及重要社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报考人员承诺 | **本人承诺所提供的报名信息及资料真实、完整、有效，符合选调岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或隐瞒真实情况，承诺自动放弃选调资格。**  报考人签名：年 月 日 |
| 所在单位审核推荐意见 | **以上情况真实、完整、有效，符合2025年汨罗市卫健系统各市直医疗机构公开选调专业技术人员的报考条件，不存在不得报考的情形，同意 同志报考。**初审人签名： 单位主要负责人签名：（单位盖章） 年 月 日 |
| 选调单位审查意见 | **经审查， 同志符合选调资格条件。**选调单位复审人签名： 分管负责人签名： 主管部门（公章） （选调单位盖章） 年 月 日 |
| 组织人社部门意见 | **经审查， 同志符合选调资格条件。**审查人签名： （单位盖章） 年 月 日 |

**注：本表由报名人员填写，需双面打印，推荐单位应严格审核把关，签名须本人手写，一式三份。**