吉安市卫生学校公开选调行政管理人员报名表

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出 生  年 月 | |  | | 照 片 |
| 籍 贯 |  | | 民 族 | |  | | 政 治  面 貌 | |  | |
| 身份证  号 码 |  | | | | | | 参加工  作时间 | |  | |
| 全日制  普通高校  教 育 | 学历 |  | | | 毕业院校、系及专业 | |  | | | | |
| 学位 |  | | |
| 在 职  教 育 | 学历 |  | | | 毕业院校、系及专业 | |  | | | | |
| 学位 |  | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | | | | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | | 进入现工作单位时间及方式 | | |  | |
| 学习及  工作简历 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | 民族 | | 工作单位及职务 | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
| 个人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担；选调到新单位后，按照现岗位聘任、工资等政策兑现福利待遇，若发生降低岗位等级、减少工资待遇等后果由本人承担。  报名人签名（手写）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 所在单位及主管部门是否同意报考的意见 | 单位（盖章） 主管部门（盖章）  年月日 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 资格审查情况 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | |

填表说明：此表一式二份。