附件2

宜昌市西陵区卫生健康系统

2025年选调事业单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | | |  | 民族 |  | | 近期彩色登记照 |
| 出生年月 |  | | | | 政治面貌 | | |  | 籍贯 |  | |
| 学历 |  | | | | 学位 | | |  | 户籍  所在地 |  | |
| 毕业院校及专业 |  | | | | | | | | 毕业时间 |  | | |
| 资格证书 |  | | | | 证件编号 | | | |  | | | |
| 现工作  单位 |  | | | | | | | | | 单位性质 | |  |
| 现任职务 |  | | | | | | | | 具有工作  经历的年限 |  | | |
| 编制性质 |  | | | | | | | 婚姻状况 |  | 人事档案  存放单位 | |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | 联系电话 | |  | 电子邮箱 | |  |
| 报考岗位 | | | | | | | | | 专业技术职称 | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |
| 学习经历 |  | | | | | | | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系  (配偶、子女、父母等) | 姓 名 | | | 关 系 | | 所 在 单 位 | | | | | 职 务 | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
| 本人郑重承诺：  一、自觉遵守选调的有关规定，认真履行报考人员的各项义务；  二、诚信报考，不弄虚作假，真实、准确地填写及核对个人信息，提供真实准确有效的资料；  三、没有《公告》规定的不得报名的情形，保证符合报名及聘用资格条件；  四、遵守考试纪律，服从考试安排，不舞弊也不协助他人作弊；  五、不故意浪费公共资源；  六、保证在选调期间联系方式畅通。    对违反以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应责任。  考生本人手写签名：  2025年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 资格复审  单位意见 | | 盖章  2025年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | | | | | |

**注意事项：**1、“学习经历”从高中起填；2、“单位性质”分公益一类事业单位、公益二类事业单位；3、“考生编制类别”分公益一类事业编制、公益二类事业编制。