附件2

雅安市卫生健康与人才服务中心

2025年公开选调事业单位工作人员报名审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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、参公单位、事业单位时间** |  | | | |
| **学历**  **学位** |  | | | **毕业院校**  **及专业** |  | | | |
| **身份**  **证号** |  | | | **现工作单位及职务** |  | | | |
| **事业人员现聘岗位类别** | |  | | **岗位等级** |  | | | |
| **报考单位** | |  | | | **联系电话** | |  | |
| **个**  **人**  **简**  **历** |  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **近三年奖 惩**  **情 况** |  |
| **近三年年度考核情况** |  |
| **所在单位及主管部门意见** | （盖章）  年 月 日 |
| **同级**  **组织或人社部门意见** | （盖章）  年 月 日 |
| **审核单位意见** | （盖章）  年 月 日 |
| **备注** |  |

**注：**“意见”栏，按干部管理权限，由所在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（选调）的意见，并加盖印章。