附件2

遵义市精神专科医院2025年公开选调事业

单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 |  | | | 出生年月 | | | | | |  | | | | | 照片 |
| 籍 贯 | |  | | | 户籍所在地 | | | |  | | | | | | 民族 | | | |  |
| 政治面貌 | |  | | | 入党  时间 |  | | | | | 参加工作  时间 | | | | |  | | | |
| 计算机  能力/级别 | |  | | | | | | 特长 | | | |  | | | | | | | |
| 全日制教育 | 学历  学位 | |  | | | | | | | 在职教育 | | | | 学历  学位 | | | |  | | |
| 毕业院校及专业 | |  | | | | | | | 毕业院校及专业 | | | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | | | | | |
| 工作单位  及职务 | |  | | | | | | | 所在单位是否同意报考 | | | | | |  | | | | | |
| 报考单位  名称 | |  | | | | | | | 报考职位  名称 | | | | | |  | | | | | |
| 家庭  主要  成员  情况 | | 称 谓 | | 姓 名 | | | 年龄 | | | | | | 政治面貌 | | | | 工作单位及职务 | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |
| 本人  主要  工作  经历 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名  信息  确认 | | 符合报考职位要求，填写信息均为本人真实情况，若有虚假、错误，责任自负。  报考者签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位  及主管部门意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）党委组织部或人社局意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 选调单位  审核意见 | | 审核人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

此表一式三份。