附件2

武隆区社区卫生服务中心公开考调报名表

报考单位：                               报考职位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |   | 政治面貌 |   | 婚姻状况 |  |
| 参加工作时间 |   | 基层工作经历年限 |   | 学历（学位） |  |
| 毕业时间、学校及专业（前学历） |   |
| 毕业时间、学校及专业（现学历） |   |
| 现单位（部门） |   | 现任职务 |   | 任现职务时间 |   |
| 现任级别 |   | 任现级别时间 |   |
| 身份证号 |   | 联系电话 |   |
| 工作经历 |   |
| 职位要求的工作经历 | 该同志于     年    月至     年      月在                单位从事                                     工作。 证明单位负责人签字：                          （证明单位盖章） |
| 历年年度考核情况 |  |
| 何时何地受过何种奖惩 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 与本人关  系 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务（职级） | 户口所在  地 |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |  |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| 填写信息属实承诺 | 本人承诺，符合本次报考条件及职位资格条件，本表所填写信息与网上报名信息及档案材料填写一致，否则后果自行负责。填表人签名：                                  年    月    日 |
| 所在单位意见 | 是否同意报考： 单位负责人签字：                                  （单位盖章）年   月   日 |
| 主管部门意见 | 是否同意报考： 单位负责人签字：                                  （单位盖章）年   月   日 |
| 报名审查意见 | 是否同意报考：经审定业绩考核得分为：       分。      审查人签字：                          年    月    日 |