附件1

桐城市卫健系统比选基层医疗卫生单位副职领导推荐

报 名 表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | （ 岁） | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 入党时间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 报考 职位 |  |
| 学历学位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 工作简历 |  |
| 奖惩情况 |   |
| 近三年度考核结果 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政 治面 貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 联系方式 | 手机 |  | 固定电话 |  |
| 所在单位意见 |   (盖章) 年 月 日 |
| 审核意见 |  年 月 日  |
| 备注 |   |

注：本表由本人如实填写，双面打印，如发现在报考条件上弄虚作假，随时取消资格。 承诺人签名：