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：