附件1：

遂川县卫健系统“绿色通道”调动申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 参加工作时间 |  | 学历 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 何年何月何校毕业 |  | 专业 |  | 职称 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 联系电话 |  |
| 现工作单位性质 |  | 经费形式 |  |
| 本人主要经历 | 年月－　年月 | 在何地何部门从事何职务 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 配偶情况 | 姓名 |  | 出生年月 |  | 籍贯 |  |
| 参加工作时间 |  | 结婚时间 |  | 学历 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 调出单位意见 |  | 调出单位主管部门意见 |  | 调出地人社部门意见 |  |

备注：此表一式一份（A4纸打印），请按表格要求如实填写。