|  |
| --- |
| 附件修水县卫健委公开选调机关工作人员报名登记表 |
| 姓　名 |  | 性　别 |  | 出生年月（　岁） |   | 照片 |
| 民　族 |  | 籍　贯 |  | 现居住地 |   |
| 政治面貌 |  | 参加工作时　间 |  | 健　康状　况 |  |
| 专业技术职　称 |  | 熟悉专业及特长 |  |
| 学　历学　位 | 全日制教　育 |  | 毕业院校系及专业 |   |
| 在　职教　育 |  |  |
| 现工作单位及职务（职称） |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 简历 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 个人获奖情况（附证书或文件复印件） |  |
| 近两年年度考核等次 | 2017年 | 2018年 |
|  |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 年　龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
| 妻子（丈夫） |  |  |  |  |
| 儿子（女儿） |  |  |  |  |
| 父亲 |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |
| 岳父（公公） |  |  |  |  |
| 岳母（婆婆） |  |  |  |  |
| 单位意见 |    签章： |
| 资格复审意见 |   审查人员签字： |

说明：本表一式三份，双面打印，每份需贴一张近期同底一寸免冠彩色照片。