附件 2：

2025年汨罗市卫生健康局公开选调工作人员报名登记表

报名单位**：** 报考职位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出生年月  （ 岁） | |  | 一寸  免冠  电子  照片 | |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | | 政治面貌 | |  |
| 参加工  作时间 |  | | 健 康  状 况 | |  | | 进入现单位时间 | |  |
| 汨罗入编形式 | 公开招聘□ 委培□ 毕业分配□ 其他政策性安置□ | | | | | | 入编时间 | |  |
| 身份证  号码 |  | | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 专业技术职务 |  | | | | | | 专业技术岗位任职时间 | |  | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
| 奖惩及近三年年度考核情况 |  | | | | | | | | | | |
| 学习工作  简历（从高中起填写） |  | | | | | | | | | | |
| 与选调岗位相关的实践经历或取得的成绩 |  | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  以及  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 | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
| 报考人员  承诺 | **本人承诺所提供的报名信息及资料真实、完整、有效，符合选调岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或隐瞒真实情况，承诺自动放弃选调资格。**  报考人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 所在  单位  审核  推荐  意见 | **以上情况真实、完整、有效，符合2025年汨罗市公开选调工作人员的报考条件，不存在不得报考的情形，同意 同志报考。**  初审人签名： 单位主要负责人签名：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 选调  单位  审查  意见 | **经审查， 同志符合选调资格条件。**  复审人签名： 分管负责人签名：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 组织  人社  部门  意见 | **经审查， 同志符合选调资格条件。**  审查人签名：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

**注：本表由报名人员填写，需双面打印，推荐单位应严格审核把关，签名须本人手写，一式两份。**