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。**