附件：

2024年新邵县卫生健康局机关二级机构选调事业人员

申请报名表

 报考岗位： 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 参加工作时 间 |  | 政治面貌 |  |
| 籍 贯 |  | 成 长 地 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  | 有何特长 |  |
| 第一学历毕业院校及专业 |  | 学历层次 |  | 学位及证书编号 |  |
| 最高学历毕业院校及专业 |  | 学历层次 |  | 学位及证书编号 |  |
| 现工作单位 |  | 工作单位联系方式 |  |
| 职务、职称（技术等级） |  |
| 计算机等级及证书编号 |  级证书编号  | 英语等级及证书编号 |  级证书编号  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 简历 | （自高中起填写） |
| 与岗位相关的实践经历或取得的成绩 |  |
| 报名人员承 诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合选调岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。报名人签名： 年 月 日 |
| 工作单位意 见 |   签名（盖章）： 年 月 日 |
| 选调单位审查意见 |    签名（盖章）： 年 月 日 |

注：1.报名人员必须填写有效地址及固定电话、移动电话并保证电话畅通，否则因联系方式原因影响考试的，由报名人员本人承担责任。

2.本表一式两份，资格复审时连同相关证书复印件（身份证、毕业证、学位证等）交选调单位、人社部门各1份。