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。