**2021年绥宁县选调县外在编在岗优秀医务人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 参加工作时 间 |  | 政治面貌 |  |
| 婚 姻状 况 |  | 户 籍所在地 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职称 |  | 取得资格证时间 |  |
| 现工作单位 |  |
| 身份证号 码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 手 机号 码 |  |
| 通 讯地 址 |  | 邮 政编 码 |  |
| 出生地 | 　　　　省　　　　　县　　　　　乡（镇）　　　　村 |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 | 学历学位 |  | 所学专业 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 在 职教 育 | 学历学位 |  | 所学专业 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 荣誉及成绩 |  |
| 调出单位意见 | 同志（男、女。身份证号： ），系我单位在编在岗优秀医务人员，于 年 月参加工作， 年 月至 年 月在我院 科工作，符合选调条件要求。同意调出。负责人签字： 公章： 年 月 日 |
| 调出单位主管部门意　见 | 负责人签字： 公章：年 月 日 |
| 卫健部门资格初审意　见 |  审查人签名： 　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |
| 选调对象承　诺 | 1、本人填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合选调单位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺自动放弃选调资格。2、保证所填报的手机号码在选调期间通讯畅通，否则错过重要信息而影响选调工作的，责任自负。 申请人签字： 年 月 日 |