**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |