附件

**肇州县人民医院公开选调工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |  |
| 所在卫生院 |  | 身份证号 |  |
| 全日制学历 |  | 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 最后学历 |  | 专业 |  | 参加工作时间 |  |
| 专业技术资格名称 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 工作经历 |  |
| 乡镇卫生院审核意见 | 根据乡镇卫生院实际，选调后不影响本院工作。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  院长签名： 单位盖章 2021年 月 日  |
| 确认数据 | 本人保证提交的个人信息资料及相关报名材料真实、准确。如果所提交的个人信息及报名材料不真实、不准确或弄虚作假，本人愿意接受选调单位取消我的选调资格并承担全部后果。本人签名确认：2021年 月 日 |
| 选调单位审核意见 | 符合报名条件。（盖章） 复核人签名： 2021年 月 日 |

填表说明：毕业证、身份证、资格证等复印件，在编在岗证明，一寸近期彩照1张，所有佐证材料附后。