婺源县卫生健康系统“团圆计划”

2022年报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | | 性别 | |  | | | | 出生  年月 |  | 政治  面貌 | | |  |
| 民族 |  | | | 籍 贯 | | | |  | | | | 出生地 |  | 参加工作时间 | | |  |
| 婚否 |  | | | 结婚登记  时间 | | | |  | | | | 入职  渠道 |  | 联系  电话 | | |  |
| 第一  学历 |  | | | 毕业院校及  毕业时间 | | | |  | | | | | 所学专业 |  | | | |
| 最高  学历 |  | | | 毕业院校及  毕业时间 | | | |  | | | | | 所学专业 |  | | | |
| 专业技术资格 |  | | | | | | | 现有职称 | |  | | | 任职  岗位 |  | | | |
| 近两年事业单位  年度考核情况 | | | | | （ 年度） | | | | |  | | | （ 年度） | |  | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 现工作单位  及职务 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 简 历 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称谓 | | 姓名 | | | | 年龄 | | 政治面貌 | | 工作单位 | | | | | 职务 | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
| 报名人承诺签名 | | 本人承诺上述信息填写真实、有效，符合婺源县卫生健康系统“团圆计划”报名条件。如有不实，本人愿意承担由于报名信息不实所引起的后果。    报名人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 卫生健康主管部门初审意见 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |