附件2

巧家县卫生健康系统公开选调鲁甸县卯家湾卫生院医务人员报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 工作单位 |  | | 参加工作时间 |  | |
| 身份证号 |  | | 从事报考岗位工作时间 |  | |
| 全日制学历 |  | | 最高学历 |  | |
| 全日制毕业院校及专业 |  | | 最高学历毕业院校及专业 |  | |
| 报考单位 |  | | 报考岗位 |  | |
| 学历、专业、资格证书审查意见：  审核人签字： 年 月 日 | | | 工作时间、年度考核单位审查意见：      单位负责人签字（盖章）：  年 月 日 | | |
| 主管部门审核意见:  审核人签字：  年 月 日 | | | 受表彰情况审核意见：    审核人签字：  年 月 日 | | |
| 资格复审意见：  总审人签字：  年 月 日 | | | | | |

说明：本表一式两份，有优秀或表彰的注明年度和等级情况，并提供原件审核后，交复印件。