

附件 2

2023 年启东市部分医疗卫生单位公开选调 工作人员报名登记表

报考岗位代码：_____

姓 名		性 别		出生年月		近期 免冠 电子照片
身份证号				政治面貌		
现编制 所在单位				核定参加 工作时间		
全 日 制 教 育	学 历		毕业院校			
	学 位		所学专业			
在 职 教 育	学 历		毕业院校			
	学 位		所学专业			
现有专业 技术资格			取得时间		医师类是否 完成规培	
现聘任专业 技术岗位			聘任时间		规培证 取得时间	
是否为县管 乡用人员		基层锻炼 单位			进入县管 乡用时间	
是否为农村订单 定向医学生			定向医学生工作时间			
学 习 和 工 作 简 历	起 止 时 间	工 作 或 学 习 单 位			职 务 或 所 学 专 业	
		(从高中开始填起)				

近五年 所获 荣誉						
年度考 核结果	2020年度		2021年度		2022年度	
移动 电话			现任行 政职务			任职 时间
家庭 主要 成员 及 重要 社会 关系	称谓	姓名	出生 年月	政治 面貌	工作单位及职务	
	妻子		19××.××	中共 党员	×××医院×××科医生	
	儿子			共青 团员	×××大学本科就读	
	父亲			群众	×××市×××局原副局长	
	母亲				原×××公司会计（已退休）	
	岳父 (公公)					
	岳母 (婆婆)					
（是/否）与报考单位存在回避关系。						
本人承诺所填信息真实有效，如有虚假，责任自负。 本人签名：						
所在 单位 意见	单位（盖章）：			主管 部门 审核 意见		
	年 月 日				年 月 日	
备注						

注：本表 A4 纸正反面打印。