|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件: |  |  |  |  |  |  |  |
| 防城港市面向全市公开选拔市第一人民医院副院长职位拟任人选报名登记表 |
|  |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 出生年月( 岁) | 　 | 照片 |
| 民 族 | 　 | 籍 贯 | 　 | 出 生 地 | 　 |
| 入 党 时 间 | 　 | 参加工作时间 | 　 | 健康状况 | 　 |
| 专业技术职务 | 　 | 熟悉专业 有何专长 | 　 |
| 学 历学 位 | 全日制 教 育 | 　 | 毕业院校系及专业 | 　 |
| 在 职 教 育 | 　 | 毕业院校系及专业 | 　 |
| 工作单位及职务 | 　 | 任现职时 间 | 　 |
| 现级别 | 　 | 任现级别时间 | 　 |
| 联系电话 | 　 | 身份证号 | 　 |
| 工 作 简 历 | 　 |
| 奖惩情况 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 近三年年度考核结果 | 　 |
| 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 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 所在单位意 见 |   （盖章） 年 月 日 |
| 主管单位意 见 |    （盖章） 年 月 日  |
| 县级组织部门意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 资格审查意 见 |  （盖章） 年 月 日 |
|  注：1.民主党派成员的在“入党时间”栏填写党派名称及入党时间。 2.“资格审查意见”由市公开选拔工作领导小组填写。 |