**新干县卫生事业单位选调卫生专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   | 相片 |
| 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 学   历 |   | 毕业院校及专业 |   |
| 执业资格 |   | 职称 |  |
| 本人及配偶户籍情况 |  |
| 联系电话 |   | 家庭住址 |   |
| 是否服从岗位调剂 |   | 目前从事专业岗位 |   |
| 简历 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 与本人关系 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 户籍 | 工作单位及职务 |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| 奖惩情况 |   |
| **承诺：****本人保证以上所填资料属实，如果提供虚假资料，本人愿意放弃录取资格。****承诺人签名：                     时间：** |
| 资格审查情况 |                                **审查人员签名：** |

* 【[返回顶部](http://www.xingan.gov.cn/javascript%3Ascroll%280%2C0%29)】【[关闭本页](http://www.xingan.gov.cn/news-show-102592.html)】