附件4：

|  |
| --- |
| 2020年埇桥区卫健委所属事业单位公开选调人员报名资格审查表 |
|  |  |  |  |  | 填报日期： 年 月 日 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 身份证号码 |  | 参加工作时间 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 经费渠道 |  |
| 个庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 学习及工作简历 |  |
|
| 单位意见 |  （盖章） | 主管部门（乡镇街道）意见 |  （盖章） |
|  年 月 日 |  年 月 日 |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误,所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 |
|  报名人（签名）： |
|  年 月 日 |
| 资格审核意见 | 审查人（签名）：  年 月 日 |