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 | | | | | | |