广安市卫生和计划生育委员会公开遴选工作人员报名及资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓  名** |   | **性  别** |   | **出生年月(   岁)** |   | 2吋照片 |
| **民  族** |   | **籍  贯** |   | **出生地** |   |
| **参加工****作时间** |   | **入党 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** |   |
| **身份证号码** |   | **手   机** |   |
| **邮   箱** |   |
| **家庭住址** |   | **编制性质** |   |
| **工作单位****及职务** |   |
| **学****习****工****作****简****历** |  |
| **奖****惩****情****况** |   |   |
| **近三年度考核情况** |   |   |
| **主****要****家****庭****成****员****及****社****会****关****系** | **称 谓** | **姓  名** | **出生年月** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **个****人****承****诺** | 我已详细阅读了公开遴选公告及相关要求，确信符合遴选条件及职位要求。本人保证填报资料真实准确，如因个人原因填报失实或不符合遴选条件、职位要求而被取消遴选资格的，由本人负责。                    本人签名：                               2015 年   月   日 |   |
| **所在单位意见** |                                           签名（单位盖章）                                  2015 年   月   日  |   |
| **备注** |   |  |