**2018年德安县卫计委选调专业技术人员报名登记表**

                                                    报名序号（工作人员填写）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓   名 |  | 性   别 | |  | 身份证号 | |  | | | 贴照片处 |
| 民   族 |  | 婚姻状况 | |  | 政治面貌 | |  | | |
| 本人身份 |  | 户口  所在地 | |  | | | | | |
| 第一学历 |  | 毕业时间 | |  | 毕业院校和专业 | |  | | |
| 最高学历 |  | 毕业时间 | |  | 毕业院校和专业 | |  | | |
| 是否全日制普通高校 |  | 参加工作时    间 | |  | 在乡镇工作年限 | |  | | |
| 现聘用工作单位 | |  | | | | | 家庭住址 | |  | |
| 本人联系电话 | 宅电：                               手机： | | | | | | | | | |
| 家庭主要  成    员 | 姓名 | 关系 | | 所在单位及职务 | | | | | | 联系电话 |
|  |  | |  | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | | |  |
| 主要学习和工作  简   历 |  | | | | | | | | | |
| 报考岗位  名称 |  | | | | | 医生/护士执业资格证书编号 | |  | | |
| 乡镇卫生院 意  见 | 院长签名：                          盖章：   年     月     日 | | | | | | | | | |
| 考生签名 | 本人保证上述所填信息真实无误，如因填写有误或不实  而造成的后果，均由本人负责。                                                         签名： | | | | | | | | | |
| 资格审查单位意见 | 县卫计委  审核意见 | | 审核人：                          年    月    日 | | | | | | | |
| 县人社局  审核意见 | | 审核人：                          年    月    日 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：此表一式两份，一份存县卫计委，一份存县人社局。