|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出 生  年 月 |  | | 免冠正面  彩色照片  （2寸） |
| 工 作  时 间 | |  | | 籍 贯 | |  | | 出生地 |  | |
| 入 党  时 间 | |  | | 民 族 | |  | | 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 | |  | | |
| 现工作单位及职务 | | |  | | | | | | 任职  时间 |  | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | 手机号 |  | |
| 学 习 和 工 作 简 历 |  | | | | | | | | | | |

睢宁县卫健系统公开选拔财务后备人员推荐表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖惩情况 |  | | | | |
| 年度考核  情况 |  | | | | |
| 家庭主要成员及重要  社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 出 生  年 月 | 政 治  面 貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报名人员  承诺 | 本表所填写的信息准确无误，本人提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所造成的一切损失和后果由本人承担。  签 名：  年 月 日 | | | | |
| 单位推荐  意见  （可不填） | 单位负责人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 报明资格  审查意见 | 年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |