|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |