附件2

**会昌县县直医疗单位2024年公开选调卫生专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴1寸免冠近照 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 毕业于何时何校何专业 |  |
| 进入单位时间 |  | 进入单位方式 |  |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 本人主要简历 |
| 起止时间 | 单位及职务 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 现有资格、现有职称 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 承诺书 | 1.真实、准确填报个人信息并提供证明、证件等相关材料；2.遵守考试纪律、不舞弊或协助他人舞弊。对违反以上承诺所造成的后果 ，本人自愿承担相应责任。 承诺人：（签字） 年 月 日 |
|  单位意 见 | （盖章）年 月 日 | 主管部门意见 | （盖章）年 月 日 |