附件

湖北省妇幼保健院

医务部负责人公开招聘申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 |  | |
| 政治面貌 |  | | 来院时间 |  | 联系方式 |  | |
| 职称资格 |  | | 批准时间 |  | 聘任时间 |  | |
| 所在科室（部门） |  | | 现聘岗位 |  | 聘任时间 |  | |
| 申请岗位 | □医务部负责人 □医务部副主任 | | | | | | |
| **教育经历（从高中填起）** | | | | | | | |
| 起止年月 | | 毕业学校 | | 所学专业 | 学历/学位 | | 是否全日制 |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
| **工作经历** | | | | | | | |
| 起止年月 | | 工作单位、所在科室 | | | 岗位、职称资格 | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
| **表彰奖励** | | | | | | | |
| 表彰时间 | | 表彰名称 | | | 授予单位 | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
| 声明：  以上填写信息完全真实，因个人信息不实造成的一切后果均由本人承担。  签 名：  年 月 日 | | | | | | | |
| **近3年年度考核结果（由人力资源部填写）** | | | | | | | |
| 考核年度 | | 考核结果 | | | 未定等次/未参加考核情况说明 | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |
| **所在科室（部门）意见：** | | | | **业务主管部门意见** | | | |
| 签 名：  年 月 日（盖章） | | | | 签 名：  年 月 日（盖章） | | | |
| **组织部（人力资源部）意见** | | | | **纪委办公室（监察审计部）意见** | | | |
| 签 名：  年 月 日（盖章） | | | | 签 名：  年 月 日（盖章） | | | |
| **业务分管领导意见** | | | | **组织部（人力资源部）分管领导意见** | | | |
| 签 名：  年 月 日（盖章） | | | | 签 名：  年 月 日（盖章） | | | |
| **院长意见** | | | | **党委书记意见** | | | |
| 签 名：  年 月 日（盖章） | | | | 签 名：  年 月 日（盖章） | | | |