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） |