附件2

|  |
| --- |
| **宁都县公开选调县卫健系统事业单位工作人员报名表** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  | 1寸免冠彩照 |
| 出生年月 |  | 参加工作时间 |  | 入党时间 |  |
| 报考职位类别 |  | 手机号码 |  |
| 身份证号码 |  | 身体状况 |  |
| 现工作单位及职务（具备何专业技术资格） |  |
| 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 |  |
| 简历(含大中专院校学习经历) | **起止年月** | **工作单位及职务** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | **称谓** | **姓名** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 单位意见 | 组织（人事）部门意见 |
| 同意报名参加选调  | 同意报名参加选调  |
|  年 月 日 |  年 月 日 |