**青田县卫健系统公开选调工作人员报名（推荐）登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 民族 |  | |
| 身份证号 | |  | | | | 政治面貌 |  | |
| 学历 | |  | | 所学专业 |  | 职称 |  | |
| 毕业院校 | |  | | | 毕业  时间 |  | | |
| 现工作单位 | | |  | | | 联系电话 | |  |
| 学习工作  简历 |  | | | | | | | |
| 工作表现  工作数量 | （含近年度工作表现、业绩情况、工作数量）可附后 | | | | | | | |
| 单位意见 | 负责人： 年 月 日（盖章） | | | | | | | |
| 本人保证以上所有信息内容及提供的材料真实可靠！并服从组织统一安排。  签名： 年 月 日 | | | | | | | | |

其它佐证材料附本表后