附件1

考察调动中医药专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |   | 性  别 |   | 出生年月（岁） |   |   |
| 民  族 |   | 籍  贯 |   | 出生地 |   |
| 入  党时  间 |   | 参加工作时间 |   | 健康状况 |   |
| 专业技术职务 |   | 熟悉专业有何专长 |   |
| 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 |   |
| 现任职务 |   |
| 简   历 |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 奖惩情况 |   |
| 年度考核结果 |   |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓  名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 报名人员签字 |     本人确认自己符合报名条件，所提供的材料真实、有效，若经审查不符，承诺自动放弃考察调动资格。                                              签名：                                                 年    月    日 |
| 资格审核意见 | 初审人员签字：                   年   月   日 | 领导审核意见 | 分管领导签字：                   年   月   日 |
| 复审人员签字：                   年   月   日 | 主要领导签字：                   年   月   日 |