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 | |