附件2：

瓮安县城区医疗卫生单位2024年公开考调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | 出生年月 |  | |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | | 参加工作时间 |  | |
| 全日制  教 育 | 学历 |  | | | 毕业院校  系及专业 | |  | |
| 学位 |  | | |
| 在 职  教 育 | 学历 |  | | | 毕业院校  系及专业 | |  | |
| 学位 |  | | |
| 现工作单位及岗位名称 | |  | | | | | | |
| 报考单位及岗位名称 | |  | | | | | | |
| 近五年年度考核结果 | | 2019年度 | | 2020年度 | | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|  | |  | |  |  |  |
| 所在单位意见 | | 主要领导签字： （盖 章）  年 月 日 | | | | | | |
| 备注 | | 本人已知晓《瓮安县城区医疗卫生单位2024年公开考调工作人员公告》规定条件，自愿参加本次报名。  本人签字： 身份证：  填表日期： 联系电话： | | | | | | |