附件2：

2024年县级医疗机构公开选聘工作人员

报名审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | 照  片 |
| 民族 |  | | 籍贯 | |  | | 出生地 | |  |
| 入党时间 |  | | 参加工作时间 | |  | | 健康状况 | |  |
| 考（招）入  单位方式 |  | | | | 专业技  术职称 | |  | | |
| 学历  学位 | 全日制  教育 | |  | | | | 毕业院校  及专业 | |  | |
| 在职  教育 | |  | | | | 毕业院校  及专业 | |  | |
| 简  历 |  | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | | |
| 近3年  考核  结果 | 单 位（盖章）：  负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 主要  家庭  成员  及社  会关  系 | 称谓 | 姓名 | | 出生年月 | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
| 所在  单位  意见 | 例：该同志是XX年事业单位（急需紧缺专业引进人员、农村订单定向人员）招考进入人员，专业为XXX，专业技术职称为XXX，基层工作时间XX年，同意报考。  单 位（盖章）：  负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |