附件：

**公开选调卫生健康发展中心工作人员报名表**

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 | | |  | 粘  贴  照  片 |
| 政治面貌 |  | | 技术职称 |  | | 行政职务 | |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话（手机） | | |  | |
| 工作单位 |  | | | 2020-2022年  年度考核结果 | | |  | | |
| 工作年限 |  | | |
| 本专业学历 | 全日制  学历 |  | | 毕业时间院校及  专 业 | | |  | | |
| 最高学历 |  | | 毕业时间院校及  专 业 | | |  | | |
| 资格证取得时间、专业、类别 |  | | | 执业注册范围、专业 | | |  | | |
| 工作简历 | 起止时间 工作单位及从事专业 | | | | | | | | |
| 近3年内  奖惩情况 |  | | | | | | | | |
| 卫健局资格审查意见 |  | | | | | | | | |

填表日期：2023年 月 日