**附件：**

临武县紧密型医共体

中层管理岗位选聘人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月  （岁） |  | 照 片  （2寸） |
| 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  有何特长 |  | |
| 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 | |  | | | | |
| 竞 聘 岗 位 | |  | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 奖励情况  （县级以  上荣誉） |  | | | | |
| 竞聘人  意 见  （是否服从调剂） | 签名：  年 月 日 | | | | |
| 资格审查  意 见 | 签名：    年 月 日 | | | | |