附件2

2024年下半年丰都县卫生健康系统

公开考调报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处（近期免冠1寸照片） |
| 学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 参加工作时间 |  | 工作单位 |  |
| 现任职岗位 |  | 已聘专技职称 |  |
| 年度考核情况 | 2021年 | 2022年 | 2023年 |
|  |  |  |
| 报考单位及岗位 |  | 是否愿意高职低聘 |  |
| 工作（学习）经历 |
| 起止时间 | 工作单位 | 具体从事工作 | 备注 |
|  年 月— 年 月 |  |  |  |
|  年 月— 年 月 |  |  |  |
|  年 月— 年 月 |  |  |  |
|  年 月— 年 月 |  |  |  |
| 本 人承 诺 | 本人系单位正式在编在岗工作人员， 年 月入职在编，现参加丰都县卫生健康事业单位公开考调工作人员考试考核，将按照考调公告规定严格执行流程要求。现承诺如下：（一）未处于试用期和最低服务期限内；（二）已认真阅读并理解本次考调公告，对所提供应聘材料真实有效性负责，愿意承担因不实带来的负面后果。签字：年 月 日 |
| 所 在单 位意 见 | 该同志未处于最低服务期限内，我单位将配合做好拟聘用考察、人事档案审查及其他相关手续办理。负责人签字： 单位盖章： 年 月 日  |

资格审核人签字：