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：