**巴彦淖尔市卫生健康委员会2022年下半年**

**公开遴选公务员（参公人员）报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期二寸彩色免冠照片 |
| 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 |  | 参加工作方式 |  | 身份（公务员/参公） |  |
| 学历 学位 | 全日制 教育 |  | 毕业时间 院校及专业 |  |
| 在职 教育 |  | 毕业时间 院校及专业 |  |
| 职务层次或职级 |  | 人事档案 存放处 |  |
| 工作单位、职务及 进入现单位时间 |  | 联系电话（手机） |  |
| 报考单位 |  |
| 学习及工作简历 | （从大学期间至今，要求无间断） |
| 奖惩情况 |  |
| 转正以来年度考核情况 |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作单位或主管部门意见 | 是否同意遴选： 是否同意遴选： （单位主要领导签字并加盖公章） （主管部门主要领导签字并加盖公章） 年 月 日 年 月 日 |
| 备注 |  |

**以上信息真实，无隐瞒、虚假等行为。所提供的报名材料和证书（件）均为真实有效。如有虚假，本人愿承担一切责任。**

**本人签名：**

说明：“工作单位或主管部门意见”栏由具有人事管理权限的单位、部门签署意见并盖章。