附件

马边彝族自治县人民医院

设备科人员流动竞岗报名申请表

**填报时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 照片 |
| 出生地 |  | 民族 |  | 政治面貌 | |  |
| 全日制学历 |  | 专业 |  | 毕业时间 | |  |
| 毕业  院校 |  | | | 学位 | |  | |
| 身份  证号 |  | | | 婚姻状况 | |  | |
| 身高 |  | 体重 |  | 健康状况 | |  | |
| 现所在科室 |  | | | 户口所在地 | |  | |
| 申请遴选岗位 |  | | | 联系电话 | |  | |
| 工作、培训经历 |  | | | | | | |
| 获得过何种专业证书、有何专长 |  | | | | | | |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 |  | | | | | | |
| 所受奖惩情况 |  | | | | | | |
| 科室  意见 | 负责人签字：  年 月 日 | | | | 本人承诺：  1.以上所填报名信息属实。  手写：  2.自愿申请到新岗位，并服从新岗位薪酬待遇。  手写：  医院如在竞岗任何环节发现与报名条件不符，取消遴选竞岗资格且责任自负。  承诺人签名：  年 月 日 | | |