附件

湖北省退役军人事务厅公开选调

1名湖北省荣军医院副院长拟任人选报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠1寸照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 参加工作时间 |  |
| 政治面貌 |  | 参加党派时间 |  | 健康情况 |  |
| 现工作单位（全称） |  | 婚姻状况 |  |
| 现职务 |  | 职称 |  |
| 任现职时间 |  | 现职称取得时间 |  | 现工资级别 |  |
| 进入现工作单位时间 |  | 户口所在地 |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |
| 住宅电话 |  | 手机 |  | 单位电话 |  |
| 主要学习和工作经历（若为退役军人，须填写服役部队及入伍、退伍时间） |  |
| 奖惩情况 |  |
|
| 近五年年度考核情况 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 与本人关系 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 主管单位组织人事部门意见 |  （公章） 年 月 日 |
| 诚信承诺 |  我已详细阅读了选调公告、职位相关要求，确认符合选调条件及职位要求。本人保证填报资料真实准确，如因个人原因填报失实或不符合选调条件和职位要求而被取消资格的，由本人负责。签名：年 月 日 |
| 备注：1.此表需要一张纸正反双面打印，一式三份。2.诚信承诺需本人手写签名。3.个人简介附后。 |