附件1

青川县公开考调事业单位工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月( 岁) |  ( 岁) | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 入 党时 间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 任现职时 间 |  |
| 学历层次及毕业院校 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及 专 业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及 专 业 |  |
| 报考岗位 |  | 联系方式 |  |
| 简历 |  |
| 近三年年度考核情况 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|  |  |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 政 治面 貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 奖惩情况 |  |
| 所在单位意 见 |    （盖章） 年 月 日 | 所在单位主管部门意 见 |       （盖章） 年 月 日 |
| 资格审查情况 |  负责人签字： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 考试成绩 | 笔试成绩 | 面试成绩 | 考 试总成绩 | 名次 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
| 考察情况 |  | 体检情况 |  |
| 考调单位意 见 |   （盖章） 年 月 日 | 考调单位主管部门意 见 |      （盖章） 年 月 日 |
| 组织人社部门意见 |  |
| 备 注 |  |

（此表双面打印）

附件2

青川县妇幼保健院公开考调工作人员岗位条件一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主管部门 | 考调单位 | 考调岗位 | 考调人数 | 学 历 | 专 业 | 毕业院校 | 年龄要求 | 执（职）业资格 | 其它要求 |
| 青川县卫生健康局 | 青川县妇幼保健院 | 专业技术 | 1 | 本科及以上 | 护理学 | 不限 | 35周岁及以下 | 执业护士 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |