附件2

雅安市卫生健康委员会

2025年公开遴选公务员（参公人员）报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **性 别** |  | **出 生**  **年 月** |  | | **照 片** |
| **民 族** |  | | **籍 贯** |  | **出生地** |  | |
| **入 党**  **时 间** |  | | **参加工作时间** |  | **健康**  **状况** |  | |
| **身份** |  | | | **进入机关、参照管理单位时间** |  | | | |
| **全日制教 育** | **学历**  **学位** |  | | **毕业院校系及专业** |  | | | |
| **在 职**  **教 育** | **学历**  **学位** |  | | **毕业院校系及专业** |  | | | |
| **身份证号 码** |  | | | **现工作单位**  **及职务** |  | | | |
| **报考单位（职位编码）** | |  | | | | | | |
| **通信地址**  **及 邮 箱** | |  | | | **联系电话** | |  | |
| **个**  **人**  **简**  **历** |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **所受奖 惩情况** |  | | | | | |
| **年度考核情况** |  | | | | | |
| **家庭**  **主要**  **成员**  **及主**  **要社**  **会关系** | **称谓** | **姓名** | **年龄** | **政治**  **面貌** | **是否有**  **回避关系** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **所在单位及主管部门意见** | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| **所在**  **县(区)**  **组织部门意见** | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| **遴选**  **（考调）单位及主管部门审核意见** | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| **备注** |  | | | | | |

**注：**“意见”栏，按干部管理权限，由相关单位和主管部门对表格内容进行审查，签署是否同意参加遴选的意见，并加盖印章。