附件3

事业单位公开考调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 参加工作时间 |  | 专业技术职务（职级） |  | 照片 |
| 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 身份证号码 |  |
| 工 作单 位 |  | 联系电话 |  |
| 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 |  |
| 年度考核情况 | 2020年（ ） 2021年（ ） 2022年（ ）2023年（ ） 2024年（ ）  |
| 报考单位 |  |
| 报考岗位 |  |
| 是否为一线医疗服务人员  |  | 是否为公费师范生（含全科生、学前教育公费师范生）、农村订单定向医学生、乡村医生 |  |
| 本 人承 诺 | 本人系垫江县事业单位在编工作人员，20XX年X月入职在编，现报考垫江县卫生健康事业单位2025年公开考调工作人员岗位，作出如下承诺：（一）符合公告要求的考调范围及条件；（二）已认真阅读并理解本次招聘公告，将按公告规定诚信报考并对所提供材料的真实有效性负责，愿意承担因不实带来的不良后果。 签字：年 月 日 |
| 有 权管 理单 位意 见 | 截至2025年X月X日，该同志以上信息属实，未处于试用期和公告特定岗位最低服务期限内，我单位同意其报考垫江县卫生健康事业单位2025年公开考调工作人员岗位，并将配合做好考察、人事档案审查及其他相关手续办理。  |
| 所在单位党组织负责人签字：所在单位盖章：  年 月 日 | 主管部门负责人签字：主管部门盖章： 年 月 日  |

注：所在单位无党组织负责人的由所在单位行政主要负责人签字。