附件

南方医科大学第三附属医院科级领导岗位选调报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | | |  | | 民 族 |  | 籍 贯 | |  | |
| 出生年月 | |  | | | 参加工  作时间 | | |  | | 政治面貌 |  | 现是否担任  研究生导师 | |  | |
| 现有专业技术资格 | |  | | | 现有专业技术资格取得时间 | | |  | | 现聘专业技术职务 |  | 现聘专业技术职务起聘时间 | |  | |
| 何时毕业于何院校  何专业 | | 全日制教育 | | |  | | | | | | | 学位 | |  | |
| 在职教育 | | |  | | | | | | | 学位 | |  | |
| 工作单位、管理岗级别  职务及任职时间 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 报名岗位 | | | | |  | | | | | 联系方式  （手机号码） | |  | | | |
| 主  要  学  习  、  工  作  经  历 | 年 月 至 年 月 | | | | | 在何处从事何事（从高中毕业写起） | | | | | | | 任 何 职 | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 受过奖励或  处分  何时  何地因何原因 | 何时 | | 何地 | | | 何原因受过何奖励或处分 | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | |
| 年度考核 | 近三年年度考核结果： | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要特长及选岗理由 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓 名 | | | 称谓 | | | 出生年月 | | 单位及职务 | | | | | | 政治  面貌 |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | |  |
| 本人承诺 | 以上所有信息均属实，如有与实际不符，本人自愿放弃任职资格，并接受相关处理。  签 名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位意见：   * 同意 □不同意   所在单位主要领导签名：  （注：学校机关部门须部门主要领导签名，加盖部门公章；附属医院及二级学院须党委书记签名，加盖单位党委公章）  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：请按表格内容如实填写，文字清楚、规范，没有内容的可写“无”。