附件1：

2022年五华县医疗卫生事业单位经费形式

调整人员过渡考试报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生  年月 |  | | 贴 照 片 处 |
| 身份证号 |  | | | 民族 |  | |
| 现任职务 |  | | | 政治  面貌 |  | |
| 籍 贯 |  | | 户口  所在地 |  | | |
| 现人员经费性质 | | □差额 | | | | | |
| 首次进入  事业单位时间 | |  | | 进入现单位时间 | |  | |
| 学 历 |  | | 学历  类别 | 全日制教育 □ 在职教育 □ | | | |
| 毕业时间 |  | | 毕业  学校 |  | | | |
| 所学专业 |  | | | 联系  电话 |  | | |
| 近三年  年度考核情况 |  | | | | | | |
| 单位  审核  意见 | 审 核 意 见：    单 位 盖 章：    年 月 日 | | | 主管  部门  审核  意见 | 审 核 意 见：    单 位 盖 章：    年 月 日 | | |