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 |