附件2

2020年芜湖市卫健系统专业技术人员支援无为市基层医疗卫生机构开展服务报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 | |  | 一寸免冠 照片 |
| 性别 |  | 政治面貌 | |  |
| 民族 |  | 健康状况 | |  |
| 身份证号码 |  | | | |
| 思想政治表现 |  | | | 退休前3年的年度考核是否合格以上 |  |
| 职称 |  | 工龄 |  | 退休前所在科室 |  |
| 退休前工作单位 |  | | | 退休前编制所在单位 |  |
| 家庭住址 |  | | | 联系电话 |  |
| 支援专业 |  | | | 支援医疗服务机构 |  |
| 是否服从调剂 |  | | | 支援服务方式 |  |
| 本人简历 |  | | | | |
| 何时获得何种奖励及处分 |  | | | | |
| 志愿参加支援无为市基层医疗卫生机构原因 | 签名： 年 月 日 | | | | |
| 退休前工作（编制）单位初审意见 | 负责人签字（单位盖章）： 年 月 日 | | | | |
| 审查人意见 | 签名： 年 月 日 | | | | |

备注： 1.服从调剂指在全市范围内调剂使用。2.退休前工作单位与编制所在单位不一致的，两个单位均需初审后签字盖章。