附件：

成都中医药大学第三附属医院内设机构负责人选聘申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | 出生年月 | | （ 岁） |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | | 出生地 | |  |
| 政治面貌  （时间） |  | 参加工作时间 |  | | | 健康  状况 | |  |
| 专业技术职务（时间） |  | 熟悉专业有何特长 |  | | | | | |
| 学历学位 | 全日制  教 育 |  | 毕业院校及专业 | | | | |  | |
| 在 职  教 育 |  | 毕业院校及专业 | | | | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 现任职务（时间） |  | | | 初任该职级时间 | | | |  | |
| 申报岗位 | 第一志愿 |  | | | | | | | |
| 第二志愿 |  | | | | | | | |
| 是否服从  组织安排 |  | | | | | | | | |
| 简 历 | （请从大学经历开始填写） | | | | | | | | |
| 本人签名 |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 资格审查  意见 | 审核人： | | | | | | | | |

备注：1.交表时间：2021年3月8日下午5点前；

2.交表地点：申报表纸质版交汪家拐校区行政楼医院行政部张玫琍主任，电子版发针推附三院张玫琍OA邮箱。联系人：张玫琍（028-86115270）。