附件1

**孝南区部分事业单位公开选调岗位表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **选调单位** | **选调岗位** | **岗位数** | **学历** | **其他条件** | **联系电话** | **报名地址** |
| 孝感口腔医院 | 专业技术岗 | 1 | 专科及以上 | 因应急工作需要口腔外科医师，须具备中级职称，熟练掌握牙拔除术、牙种植术、口腔颌面部手术，并有丰富的住院患者管理经验。 | 0712-2824907 | 孝感市交通东路152号（孝南区卫生健康局人事股） |

附件2

2020年[孝南区事业单位公开选调报名推荐表](http://www.chinagwy.org/files/20180517091158_38073.doc)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 | | | （ 岁） | 彩色照片 |
| 民 族 | |  | | 籍 贯 | |  | | 政治面貌 | | |  |
| 入党时间 | |  | | 参加工  作时间 | |  | | 健康状况 | | |  |
| 现工作单位 | |  | | | | | | 编制性质 | | |  |
| 所在单位聘用岗位种类 | | | 管理岗位□专业技术岗位□ 工勤岗位□ | |
| 身 份 证  号 码 | |  | | | | | | 联系方式 | | | 手机号码:  办公电话: | |
| 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 | | |  | |
| 工作简历（含学习经历） |  | | | | | | | | | | | |
| 岗位所需材料简称 | （可将材料复印件附后） | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 年度考核  近三年 |  | | | | | | | | | | | |
| 重要社会关系  家庭主要成员及 | 称 谓 | | 姓 名 | | 年龄 | | 政治面貌 | | | 工 作 单 位 及 职 务 职 级 | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |
| 推荐意见  所在单位 | 主要负责人签字：  (盖章)  2020年 月 日 | | | | | | 门推荐意见  县级组织人事部 | | (盖章)  2020年 月 日 | | | |
| 单位审核意见  公开选调 | (盖章)  2020年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | |