宁陵县乡镇机构改革“减县补乡”

公开选聘调剂事业工作人员报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | 出生年月 | | |  | | | 照片 | |
| 籍贯 |  | | | 民族 | |  | 政治面貌 | | |  | | |  | |
| 参加工作时间 | |  | | | | 学历 |  | | | | | |
| 毕业院校  及专业 | |  | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 2014、2015、2016、2017、2018年度考核结果 | | | 2014年度 | | 2015年度 | | | | 2016年度 | | 2017年度 | | | 2018年度 |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | | |  |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 工作简历 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人已认真阅读《宁陵县2019年乡镇机构改革“减县补乡”公开选聘调剂事业工作人员公告》，确认本人符合报名条件，报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。本人承诺一经聘用，在所聘用的乡镇政府下属事业单位工作至少3年（含试用期），3年内不跨单位流动或调出。  报名人（签名）：    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 是否退役安置士兵 | | | | | | | | | | | | |  | |

序号： 填表日期： 年 月 日