附件： 乌兰察布市行政复议咨询委员会委员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 职业 |  | 身体状况 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 职务 |  | 职称 |  |
| 专业 |  | 资格证书 |  | 证书编号 |  |
| 联系方式 | 电话 |  | 微信 |  |
| 电子邮箱 |  | 通讯地址 |  |
| 主要学习工作经历 |  |
| 业务专长 |  |
| 个人自荐理由 |  签名: | 单位意见 | (盖章)年 月 日 |
| 个人承诺 | 本人承诺所填信息及相关材料均属真实，如有不符之处，愿意承担由此产生的一切责任。 本人签名：  年 月 日 |
| 备注 |  |