附 件4

2023年永兴县工伤保险服务中心公开选聘工作人员考试报名人员资格审查花名册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 民族 | 户籍所在地 | 政治面貌 | 学历学位 | 身份证号码 | 参加工作时间 | 现实身份 | 现工作单位 | 进入现工作单位时间 | 现编制性质 | 近三年年度考核结果 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报单位（盖章）： 填报人： 联系电话： 填报时间： 年 月 日