附件3：

**调剂聘用报名登记表**

**单位名称： 岗位代码： 报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **民 族** |  | **照****片** |
| **出生年月** |  | **籍 贯** |  | **婚 否** |  |
| **政治面貌** |  | **报考人员类别** |  |
| **全日制教育** | **学 历** |  | **毕业院校****及专业** |  |
| **学 位** |  |
| **在职教育** | **学 历** |  | **毕业院校****及专业** |  |
| **学 位** |  |
| **现工作单位及职务** |  | **本人手机** |  |
| **身份证号码** |  | **家庭住址** |  |
| **学习及工作简历** | **（从高中阶段填起）** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家庭****主要****成员****以及****主要****社会****关系** | **称 谓** | **姓 名** | **年龄** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **奖惩****情况** |  |
| **备注****（注明符合岗位要求的其他资格条件）** | **2023年4月10日-4月13日报名期间，已就业毕业生请如实填写****工作单位及岗位名称、工作地点、劳动合同签订单位、社会保险缴纳情况。** |
| **本人签字** | **本人承诺，本表所填信息真实、准确、全面、完整，如有不实信息，我将承担相关的责任。**  **签字： 年 月 日** |