附件2

印江土家族苗族自治县机关事业单位公开选调

工作人员报名表

报考单位名称： 报考职位代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 出生年月 | |  | 照片 |
| 民 族 |  | 政治面貌 | |  | 入党时间 | |  |
| 参加工作  时间 |  | 健康状况 | |  | 联系电话 | |  |
| 身份证  号 码 |  | | | | | | | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教 育 |  | | | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 在 职  教 育 |  | | | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 现工作单位及职务（职级） |  | | | | | | | |
| 工作简历 |  | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | |
| 近三年  年度考核  情况 | 2020年度 | |  | | | | | |
| 2021年度 | |  | | | | | |
| 2022年度 | |  | | | | | |
| 本人承诺 | 一、保证所填写的上述报考信息全部真实有效。  二、若出现提供虚假信息，所产生的一切后果均由本人承担。  签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 所在单位  党委（党组）意见 | （盖章）  单位负责人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 主管部门  党委（党组）意见 | （盖章）  单位负责人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 资格审核  意见 | 审核人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | |