附件2

四川省大英县社会保险事务中心考调工作人员报 名 表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 相 片粘贴处 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 入党时间 |  |
| 参加工作时间 |  | 联系电话 |  |
| 健康状况 |  | 身 份 | （公务员或参公人员） |
| 身份证号码 |  |
| 学历学位 | 全日制 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在 职 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 报考岗位 |  |
| 简历 | 例：20xx.xx-20xx.xx xx大学xx专业学习；20xx.xx-20xx.xx xxxx试用期干部，主要从事xx工作；20xx.xx-20xx.xx xxxx一级科员，主要从事xx工作；（从大学开始填写） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭主要成员及社会关系（配偶、子女、父母） | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 有何特长及突出业绩 |   |
| 主要奖惩情况 |  |
| 报名人员承诺 | 本人承诺以上情况属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。  报名人员签名：              年   月   日 |
| 所在单位意见 |  年 月 日 |
| 干部权限主管部门意见 |  年 月 日 |
| 备注 |  |

说明：本表用A4纸双面打印，本表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。