汕尾市社保局2017年公开选调机关

工作人员调剂申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 | |  | 性   别 |  | | 民族 | |  | | 1寸免冠  彩色照片 |
| 出生年月 | |  | 入党时间 |  | | 籍贯 | |  | |
| 出生地 | |  | 身份证号 |  | | | | | |
| 学  历 | |  | | 学  位 | | |  | | |
| 毕业院校  及专业 | |  | | | | | | | | |
| 申请调剂职位 | |  | | | 是否服从调剂 | | | |  | |
| 联系方式 | |  | | | 现任职情况 | | | |  | |
| 简  历  及  获  奖  情  况 |  | | | | | | | | | |
| 个人  承诺 | 本人填写信息真实，自愿参加递补调剂，如若放弃，愿承担相应责任。                                  本人签名： | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |