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 |   |