|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | | 民族 | |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治  面貌 |  | | | 学历 | |  |
| 参加工作时间 |  | 基层工作经历年限 |  | | |  | |  |
| 现工作  单位 |  | 现任职务（级） |  | | | 任现职  （级）时间 | |  |
| 联系电话 |  | | | | | | | | |
| 报考单位 |  | | | | 岗位名称 | | |  | |
| 工作经历 |  | | | | | | | | |
| 近两年年度考核等次情况 | 2018年度 | | | | | 2019年度 | | | |
|  | | | | |  | | | |
| 何时何地受过何种奖惩 |  | | | | | | | | |
| 单位是否同意报考 | （盖章）            年    月     日 | | | 主管部门意见 | | | （盖章）            年    月     日 | | |
| 承诺：本人填写的信息和提供的材料真实、准确。如有虚假，一经查实取消遴选资格。                                          本人签名：                                                   年      月     日 | | | | | | | | | |
| 备注（报考人员是否同意调剂遴选岗位） |  | | | | | | | | |