附件1

新化县社会保险服务中心公开选调工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 | |  | 报考岗位 | |  | | 报名序号 | |  | | 1寸近期  免冠彩色  相 片 |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | 民 族 | |  | |
| 出生年月 | |  | 政治面貌 | |  | | 全日制学历 | |  | |
| 毕业院校 | |  | 现有学历 | |  | | 所学专业 |  | | |
| 职称、执（职）业资格 | |  | | | | | 取得时间 |  | | | |
| 户籍所在地 | |  | | 婚姻 状况 |  | | 档案保管单 位 |  | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | 有何特长 |  | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 邮政  编码 | |  | |
| 联系电话 | |  | | | | E-mail | |  | | | |
| 原工作单位 | |  | | | | 编制性质 | |  | | | |
| 简历 | |  | | | | | | | | | |
| 所在  单位  意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | | 所  所在  单位  主管  部门  意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | |
| 选调  用人  单位  审查  意见 | 经审查，符合选调资格条件。  审查人签名：  年 月 日 | | | | | 人社 部门 意见 | 经审查，符合选调资格条件。  审查人签名：  年 月 日 | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

说明：1、经审查符合笔试资格条件后，此表由选调单位留存，并由考生现场登记确认。

2、考生需准备1寸彩色免冠照片3张，照片背面请写上自己的姓名。