省残联竞争性选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月  （ 岁） | （ 岁） | | 彩色照片 | |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  | |
| 入 党  时 间 |  | 参加工  作时间 |  | 健康状况 |  | |
| 专业技  术职务 |  | | 熟悉专业  有何专长 |  | | |
| 最 高  学 历  学 位 | 全日制  教 育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | | | |
| 在 职  教 育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | | | |
| 所在单位及职务 |  | | | 现职级 |  | 任现职级年月 | |  |
| 近三年年度考核 情况 |  | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | |
| 简  历 |  | | | | | | | |
| 主要  工作  业绩 |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭  主要  成员  及重  要社  会关  系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人联系方式 | 联系地址： | | | | |
| 电话（办）： 手机： | | | | |
| 本人所在单位意见 | 签名： （盖章）    年 月 日 | | | | |
| 省残联竞争性选调工作人员工作领导小组意见 | 签名： （盖章）  年 月 日 | | | | |