附件：

通榆县残疾人综合保障中心公开选调事业编制工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |  |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 健康状况 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 参加工作时间 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作单位及职务 |  | 职称 |  |
| 联系电话 |  |
| 学习及工作简历 | （主要学习工作经历） |

|  |  |
| --- | --- |
| 近两年奖惩情况及年度考核结果 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 是否与通榆县残疾人联合会负责人员有夫妻、直系血亲、三代以内旁系血亲和近姻亲关系 |  |
| 工作业绩 |  |