

2017年新晃县公开选调机关事业单位工作人员 推 荐 表

报考单位：

报考岗位：

报名序号：

姓 名		现工作单位 及职务			照 片
性 别		参加工作 时 间		所 属 编 制	
籍 贯		民 族		政 治 面 貌	
出 生 年 月		健 康 状 况		身 份 证 号	
全日制 学 历			毕 业 院 校		
在 职 学 历			毕 业 院 校		
固 定 电 话			手 机		
简 历 (含 学 历)					
近三年考核情况		2014 年		2015 年	
		2016 年			

本人郑重承诺以上所填信息真实、准确，并愿意承担由于以上信息虚假带来的一切法律责任和后果。

报考人签名：

年 月 日

所在
单位
意见
(章)

单位领导签名：

年 月 日

主管
单位
意见
(章)

单位领导签名：

年 月 日

选调
单位
初审
意见
(章)

单位领导签名

年 月 日

组织
人社
部门
审查
意见
(章)

单位领导签名

年 月 日

注：公务员在中共新晃县委组织部盖章审查，事业单位人员在人社局盖章审查。