附件6

云南省“三支一扶”人员解除协议申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 毕业院校 |  | 学 历 |  | 专　业 |  |
| 服务地域 |  州（市 ） 　 县（区、市） 　 乡（镇、街道办） |
| 服务单位 |  |
| 参加服务时间 | 　年　　月　　日 | 服务类别 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 申请解除协议原因 | 因 ，我本人申请解除与 州（市） 县（市、区） 乡（镇、街道）签订的《三支一扶协议》。岗位为 。本人承诺，在离岗之前，严格按照程序和工作事项清单与服务单位进行移交。签名（手印）：年　　月　　日 |
| 服务单位意见 |    （盖章） 年 月 日 |
| 县（市、区） “三支一扶”办意见 |   （盖章） 年 月 日 |
| 州（市）“三支一扶”办意见 |   （盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |