省妇联2024年公开遴选工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月( 岁) |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 出生地 |  | 健康状况 |  |
| 政 治面 貌 |  | 参加工作时间 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 码 |  | 熟悉专业有何专长 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及专业 |   |
|  |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
|  |  |
| 公务员登记时间 |   | 是否已满最低服务年限 |  |
| 报名职位代码 |  | 移动电话 |  |
| 工作单位及职务 |   |
| 简历 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主要工作业绩以及奖惩情况 |  |
| 历年年度考核情况 |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | 所填信息真实可靠，如因信息虚假取消遴选资格，后果自负。  本人签字： 年 月 日 |
| 所在单位意见 |  年 月 日 |

注：如所在单位同意报考，请在“所在单位意见”中填写“同意报考”并加盖所在单位公章。