附件2

运城市人民政府办公室面向全市公开选调

所属事业单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 人员类别 |  | 参加工作时间 |  | 报考职位 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 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 |  |
|
| 身份证号 码 |  | 联系电话 | 1 |  |
| 2 |  |
| 学习、工作简历 |  |
| 诚信考试承诺  | **本人承诺:** |
| 1. 本人所填写内容及所提供报名信息、材料均真实有效，符合公开选调资格条件；
2. 选调期间，保证通讯畅通，及时关注查看发布有关公告信息；
3. 根据发布的公告信息，按时参加考试等。
 |
|  以上承诺如有违反，自愿承担取消选调资格等责任。  |
| 报考人签字：　 | 报名时间：　 |  |
| 工作单位意见 |  |
| (盖章）： |
|  年 月 日 |
| 资格审查审核意见 |   |
|  |
| 审核人签字：  |
| (盖章）： |
|  年 月 日 |