附件5：

东阿县财政供养的其他劳务派遣人员转录社区工作者 报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 1寸近照 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 工作单位名称 |  | 现任职务 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份证号 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 通讯地址 |  |
| 婚姻状况 |  | 手机 |  |
| 工作经历 |  |
| 社会工作者职业水平等级 |  |
| 本人确认以上提供的信息真实有效，并愿意承担相关责任。本人签名： 年 月 日 |
| 所在单位意见（盖章）负责人签名：年 月 日 |
| 资格审查意见 （盖章）负责人签名：年 月 日 |