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 | | | | | | | | | | | |