|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3： | | | | | | | | |
| 绥棱县2024年“绥才回流”计划同意报考证明 | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 | |  | 文化程度 |  |
| 身份证号 |  | | 取得专业技术资 格、执业资格情况 | | |  | 是否聘任 |  |
| 参加工作时间 | |  | | | | 进入现单位  工作时间 |  | |
| 现工作单位及职务 | |  | | | | 现任岗位等级 |  | |
| 现工作单位机构性质 | | 1.县直、乡镇所属事业单位¨  2.教育系统事业单位¨ 3.卫生系统事业单位¨ | | | | | | |
| 本人经费形式 | | 1.全额拨款事业¨  2.差额拨款事业¨ 3.自收自支事业¨ | | | | | | |
| 现 工 作 单 位 及 主 管 部 门 意 见 | | | | | | | | |
| 单位主要负责人签字：  办公电话： （盖章）  年 月 日 | | | | | 主管部门主要负责人签字：  办公电话： （盖章）  年 月 日 | | | |
| 现工作单位所在县级机构编制部门意见 | | | | | | | | |
| 主要负责人签字： 办公电话： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 现工作单位所在县级组织或人力资源和社会保障部门意见 | | | | | | | | |
| 主要负责人签字： 办公电话： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 申请人承诺 | | 以上填报内容完全真实，如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切后果及责任。  签名： 联系电话：    年 月 日 | | | | | | |

附件2-3：