**2019年大足区在职教师考试考核调动报名申请表**

报考学校：                                    报考学科：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |   | 性别 |   | 年龄 |   | 文化程度 |   | 所学专业 |   | 参加工作时间 |   |
| 现任教学科 |   | 具有何种教师资格 |   | 联系电话 |   |
| 现编制所在单位 |   | 现任党政职   务 |   | 现任专业技术职务及聘用岗位 |   |
| 进入现编制所在单位时间 |   | 现借入、上挂、跟岗学习单位 |   |
| 若影响岗位工资，是否愿意调动 | \_\_\_\_\_\_ (是， 否)    本人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 有无报考受限条件 |   |
| 本人工作简历 |   |
| 所在学校意见 |   单位(盖章)    校长（签字）：                                            年    月    日     |
| 考试考核调动领导小组审查意见 |      年    月    日 |

注：此表不得打印，由本人亲笔填写。