附表：

**赣州市“三支一扶”自愿调剂报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 姓 别 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  |
| 毕业学校 |  | | | 所学专业 |  |
| 原报考岗位 |  | | | 考试成绩 |  |
| 自愿申请调剂岗位 |  | | | 本人签名：  年 月 日 | |

此表请于7月25日前传真至赣州市“三支一扶” 办公室

传真电话；0797-8392186