

湖北大学 2017 年在职人员报考 MPA 志愿调剂申请表

姓名		性别		出生日期	年 月 日	民族	
身份证号码							
现工作单位						备注	
职务				职称			政治面貌
参加工作时间	年 月	所在单位性质				电子信箱	
本人联系电话（固定/移动）							
通信地址（邮编）	()						
教育及工作简历							
最后学历	年 月 毕业于	学校		专业	证书编号		
最后学位	年 月 获	学校	专业	学学士学位	证书编号		
考试成绩	综合知识		外国语		总分		
<p>考生申请：</p> <p style="text-align: center;">本人申请调剂到 _____ ，保证以上所填内容完全属实。</p> <p style="text-align: center;">考生签字：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>							
<p style="text-align: center;">同意接受。</p> <p style="text-align: center;">接受单位盖章：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>							

注：1、本表须由考生本人如实填写，否则所产生的一切后果由考生本人负责。

2、学历学位等相应信息请一律按照所获证书上内容填写。如证书上号码多于一个，上表中各证书编号栏请填写注册号；如无注册号，请填写证书上的“证书编号”或“学校编号”等由发证院校（科研单位）编排的号码。通过自学考试获得毕业证书者，“毕业学校”请填写相应省（市）自学考试委员会。

3、此申请表一式两份，分别由申请调剂单位、本人各留存一份，复印有效。