附件

2019年全省档案专业水平能力测试报名表

申报单位： 测试级别：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 照  片 |
| 出生年月 |  | 学 历 | |  | |
| 现任专业  技术职务 |  | 任职时间 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 联系地址 |  | | | | | |
| 邮政编码 |  | | 联系电话  （手机） | |  | |
| 所在单位人事（职改）部门意见  （盖 章）  年 月 日 | | | 主管单位人事（职改）部门意见  （盖 章）  年 月 日 | | | |