

附件 3

“三支一扶”人员期满考核登记表

姓 名		性 别		身份证号	
政 治 面 貌		服务时间	年 月— 年 月		
服务单位					
服务项目 类型					
个 人 总 结					

个人总结	签名: 年 月 日
服务单位 意见和 考核等次 建议	签名: 年 月 日
县(市、区) 三支一扶 办公室意 见	签名: 年 月 日
市三支一 扶办公室 意 见	签名: 年 月 日
本 人 意 见	签名: 年 月 日

山东省“三支一扶”工作协调管理办公室监制